

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**Escola de Enfermagem**

**Daniela Cristina Zica Silva**

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS *CHECKLISTS* DE  
SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UNIDADES  
DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

**Belo Horizonte**

**2019**

**Daniela Cristina Zica Silva**

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS *CHECKLISTS* DE  
SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UNIDADES  
DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Enfermagem.

Área de Pesquisa: Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Bruna Figueiredo Manzo.  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Luciana Regina Ferreira Pereira da Mata.

**Belo Horizonte**

**2019**

SI586c Silva, Daniela Cristina Zica.  
Construção e validação de conteúdo dos checklists de segurança do paciente no cuidado de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal [manuscrito]. / Daniela Cristina Zica Silva. - - Belo Horizonte: 2019.

159f.: il.

Orientador (a): Bruna Figueiredo Manzo.

Coorientador (a): Luciana Regina Ferreira Pereira da Mata.

Área de concentração: Enfermagem.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Segurança do Paciente. 2. Recém-Nascido. 3. Neonatologia. 4. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. 5. Lista de Checagem. 6. Estudos de Validação. 7. Dissertações Acadêmicas. I. Manzo, Bruna Figueiredo. II. Mata, Luciana Regina Ferreira Pereira da. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WX 185

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697

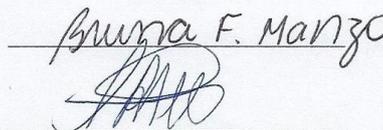
**ATA DE NÚMERO 587 (QUINHENTOS E OITENTA E SETE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA DANIELA CRISTINA ZICA SILVA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.**

Aos 8 (oito) dias do mês de fevereiro de dois mil e dezenove, às 09:30 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação- 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS CHECKLISTS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL*", da aluna *Daniela Cristina Zica Silva*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Bruna Figueiredo Manzo (orientadora), Luciana Regina Ferreira da Mata (coorientadora), Tânia Couto Machado Chianca e Denise Miyuki Kusahara, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

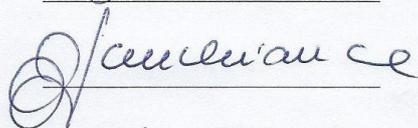
*APROVADA*;  
 *REPROVADA*.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 08 de fevereiro de 2019.

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Bruna Figueiredo Manzo  
Orientadora (EEUFMG)

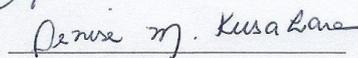


Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Luciana Regina Ferreira da Mata  
(Coorientadora)

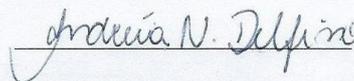


Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Tânia Couto Machado Chianca  
(Esc.Enf/UFMG)

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Denise Miyuki Kusahara  
(UNIFESP)



Andréia Nogueira Delfino  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



HOMOLOGADO em reunião do CPG  
Em 11/03/2019

  
Prof<sup>ª</sup>. Dra. Kênia Lara Silva  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem  
Escola de Enfermagem da UFMG

Dedico esta conquista à minha família, que sempre acreditou em mim, apoiando-me quando era preciso. Especialmente à minha mãezinha, esta soube tudo o que aconteceu. Mãe, toda essa vitória é sua também!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por segurar a minha mão durante toda essa caminhada. À Nossa Senhora e São Tomás de Aquino, por intercederem diariamente por mim.

À minha querida orientadora, Professora Dra. Bruna Manzo, por todo ensinamento, paciência, dedicação, carinho, cuidado e por nunca desistir de mim. Agradeço a Deus todos os dias pela sua vida e por ser tão especial na vida de tantas pessoas!

À minha coorientadora, Professora Dra. Luciana da Mata, pela confiança, paciência e por todo o apoio. Você é um exemplo de profissional!

À Dra. Denise Miyuki Kusahara, Dra. Tania Couto Machado Chianca, Dra. Delma Aurélia da Silva Simão e Dra. Juliana de Oliveira Marcatto, pelo interesse e disponibilidade em compor a banca examinadora.

Aos recém-nascidos, mola propulsora dessa pesquisa e minha motivação para continuar no caminho do cuidado.

Aos especialistas que participaram da validação dos instrumentos frutos desta pesquisa, meus sinceros agradecimentos pela atenção, interesse, disponibilidade e por compartilharem comigo tantas experiências.

Às amigas que Deus me concedeu na Escola de Enfermagem, Fernanda Lopes, Ingrid, Marina, Marcella, Carol Leite, Jéssica, Fernanda Machado, Gleyka: sem vocês esse trabalho não existiria. Gratidão eterna!

Aos colegas da Escola de Enfermagem que compartilharam tantos momentos difíceis e alegres, especialmente Thais, Isabella, Edmar, Fernanda, Érika, Ludmila, Renata Cunha e, particularmente, a Isadora, meu porto seguro na Escola de Enfermagem.

Às amigas da MOV pelo apoio e incentivo: Sheilla, Carol, Thati, Núbia, Cristina, Vanusa, Vivi, Karine, Renata, Gizele, Adriana, Miriane, Fernanda, Rosi, Gilmara e Dra. Angela.

Às amigas do peito que mesmo distantes estavam sempre torcendo por mim: Di, Si, Kamille, Gi, Mariana, Thati, Maria, Val, Jô, Lili, Bá, Dani Dias, Bárbara Giaquinto, Ju Borges, Tawana, Ju do Daladi e Telma.

Às irmãs do coração pelo amor incondicional: Day, Marina Dragunskis e Talita.

À minha prima Fernanda, pelos ensinamentos nos métodos de estudo. À minha prima Jéssica, pelo companheirismo nas manhãs intermináveis.

À Tia Maria, Tia Sandra e Bel, pelas orações e força. Ao Regi, pelo envio dos sermões que me levantavam todos os dias. Ao Tio Marcos e à Tia Glaenes, por me transmitirem alegria ainda que os momentos estivessem tão dolorosos.

À Soraia, ao Dr. Carlos, ao Dr. Eduardo e à Kátia, sinceros agradecimentos por me fazerem acreditar que chegar até aqui seria possível. À Kely Alves, pelo grande apoio nos últimos minutos dessa caminhada.

À comunidade Gospa Mira pela energia que me fazia reerguer nos momentos mais difíceis.

À FHEMIG, FAPEMIG, Dra. Flávia, Josi e Rita Mota por me ajudarem a realizar esse sonho.

Por fim, à minha amada família. Ao meu pai José Eustáquio e à minha mãe Maria da Conceição, que nunca mediram esforços para realizar meus sonhos. Deram-me o melhor de vocês, me educaram e me ensinaram a nunca desistir, por mais difícil que pudesse parecer a caminhada. Aos meus irmãos, minhas cunhadas, meus sobrinhos que sempre estiveram comigo. Ao Júnior, pelo amor, carinho, paciência, compreensão nos meus momentos de ausência e, principalmente, por me fazer redescobrir que a vida vale a pena e que com fé e perseverança, tudo se alcança!

## RESUMO

**Introdução:** A segurança do paciente nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é complexa, considerando os problemas concernentes com os eventos adversos (EA) e as lacunas quanto à falta de instrumentos que direcionem o cuidado de enfermagem. **Objetivo:** Validar o conteúdo de *checklists* de cuidados de enfermagem pautados na segurança do paciente internado em UTIN nos momentos da admissão, internação e preparação para a alta. **Metodologia:** Estudo metodológico, realizado entre 2017 e 2018. A primeira etapa incluiu a revisão integrativa para a construção dos instrumentos guiada pela pergunta norteadora: Quais elementos devem compor *checklists* de cuidados de enfermagem na admissão, internação e preparo para alta, com vistas à segurança do paciente internado em UTIN? A segunda foi a validação de conteúdo dos *checklists* por enfermeiros especialistas no tema, realizada em três rodadas. Foram avaliados conforme os critérios metodológicos propostos por Pasquali os títulos, os cabeçalhos, as orientações de preenchimento, os itens e as instruções de preenchimento correspondentes, baseados nas Metas Internacionais da Segurança do Paciente e no Programa Nacional de Segurança do Paciente, considerando para a validação o Índice de Validade de Conteúdo (IVC)  $\geq 0,90$ . Utilizou-se a plataforma Survey Monkey® para desenvolvimento e análise descritiva dos dados. Na primeira rodada participaram 43 enfermeiros especialistas, 33 na segunda e 32 na terceira, os quais foram solicitados a considerar pertinência, objetividade, clareza e relevância dos itens. **Resultados:** Dentre os 111 itens avaliados no total dos três *checklists*, 110 foram validados com IVC (Índice de Validade de Conteúdo)  $\geq 0,90$  após as modificações sugeridas e um único item foi excluído do *checklist* de admissão por ter apresentado o IVC=0,88. **Conclusão:** Concluiu-se que o conteúdo dos *Checklists* de segurança do paciente no cuidado de enfermagem nos momentos da admissão, internação e preparação para a alta da UTIN foi considerado válido pelo comitê de especialistas. Ressalta-se a necessidade de aperfeiçoamento constante dos *checklists*. Os resultados da pesquisa limitam-se à validade de conteúdo, recomendando, posteriormente, a validação clínica dos instrumentos.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Recém-nascido. Neonatologia. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Listas de Checagem. Estudos de Validação.

## ABSTRACT

**Introduction:** Patient safety in Neonatal Intensive Care Units (NICUs) is complex, considering the problems related to adverse events (AEs) and gaps in the lack of instruments that guide nursing care. **Objective:** Validate the check-in of nursing care during hospitalization and preparation for discharge. **Methodology:** Methodological study, conducted between 2017 and 2018. The first stage included the integrative review for the construction of the instruments guided by the guiding question: Which elements should compose nursing care checklists at admission, hospitalization and preparation for discharge, with a view to safety of the patient admitted to a NICU? The second was the validation of content of the checklists by nurses specialists in the theme, held in three rounds. According to the methodological criteria proposed by Pasquali, the corresponding headings, headings, fill-in guidelines, items and instructions, based on the International Patient Safety Goals and the National Patient Safety Program, were considered for validation the Content Validity Index (IVC)  $\geq 0.90$ . The Survey Monkey® platform was used for data analysis and descriptive analysis. The first round was attended by 43 specialist nurses, 33 in the second and 32 in the third, who were asked to consider the relevance, objectivity, clarity and relevance of the items. **Results:** Of the 111 items evaluated in the total of the three checklists, 110 were validated with IVC (Content Validity Index)  $\geq 0.90$  after the suggested modifications and a single item was excluded from the admission checklist for presenting the IVC = 0.88. **Conclusion:** It was concluded that the contents of the Patient Safety Checklists in the nursing care at the time of admission, hospitalization and preparation for discharge from the NICU were considered valid by the committee of specialists. The need for constant improvement of checklists is emphasized. The results of the research are limited to the content validity, recommending, later, the clinical validation of the instruments.

**Key words:** Patient Safety. Newborn. Neonatology. Neonatal Intensive Care. Checklists. Validation Studies.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Bases de dados selecionadas para a Revisão Integrativa.....	33
Figura 2	- Percorso metodológico para seleção das publicações nas bases de dados.....	36
Figura 3	- Etapas da coleta de dados do estudo.....	42
Quadro 1	- Classificação do estudo, segundo nível de evidência proposto por Melnyk e Fineout-Overholt (2011) .....	35
Quadro 2	Resultados da revisão integrativa, contendo as informações pertinentes das pesquisas selecionadas.....	45
Quadro 3	- Índice de validade de conteúdo do título, orientação para o preenchimento e cabeçalho do instrumento de admissão na primeira, segunda e terceira rodadas.....	62
Quadro 4	- Índice de validade de conteúdo dos itens do instrumento de admissão e sua respectiva instrução na primeira, segunda e terceira rodadas.....	63
Quadro 5	- Índice de validade de conteúdo do título, orientação para o preenchimento e cabeçalho do instrumento de internação na primeira, segunda e terceira rodada.....	73
Quadro 6	- Índice de validade de conteúdo dos itens do instrumento de internação e sua respectiva instrução na primeira, segunda e terceira rodada.....	74
Quadro 7	- Índice de validade de conteúdo do título, orientação para o preenchimento e cabeçalho do instrumento de preparação para a alta na primeira, segunda e terceira rodada .....	85
Quadro 8	- Índice de validade de conteúdo dos itens do instrumento de preparação para a alta e sua respectiva instrução na primeira, segunda e terceira rodada.....	88

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos juízes participantes do estudo.....	59
Tabela 2 - Temperatura ambiente neutra.....	105

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAC	Colégio Americano de Cirurgiões
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CVC	Cateter venoso central
EA	Eventos adversos
EEUFMG	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
EUA	Estados Unidos da América
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
IACS	Infecção associada aos cuidados de saúde
ICCCO	Identification of the patient and clinical risks, clinical history/presentation, clinical status, care plan and outcomes/goalsofcare
ICPS	International Classification for Patient Safety
ICSRC	Infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter
IHI	Institute for Healthcare Improvement
IOM	Institute Of Medicine
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
IRAS	Infecção relacionada à assistência à saúde
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations
JCI	Joint Commission International
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
NIC	Nursing Intervention Classification
NOTIVISA	Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente

PROQUALIS	Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido pré-termo
SPSS	Statistical Program for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TJC	<i>The Joint Commission</i>
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UTI	Unidades de Terapia Intensiva
UTIN	Unidades de Terapia Intensiva Neonatal
UTIPM	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Mista
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	15
2	OBJETIVOS.....	20
2.1	Objetivo geral .....	20
2.2	Objetivos específicos.....	19
3	REVISÃO DE LITERATURA .....	21
3.1	Segurança do Paciente .....	21
3.2	Segurança do Paciente ao longo dos anos .....	21
3.3	Segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e os cuidados de enfermagem .....	26
4	METODOLOGIA .....	29
4.1	Delineamento do estudo.....	29
4.2	Primeira etapa: elaboração e construção dos instrumentos .....	31
4.3	Segunda etapa: a validação .....	38
4.4	População e amostra .....	38
4.5	Os instrumentos .....	40
4.6	Coleta de dados.....	41
4.7	Organização e análise dos dados .....	41
4.8	Aspectos éticos .....	42
5	RESULTADOS.....	44
5.1	Revisão integrativa.....	44
5.2	Construção dos <i>checklists</i> e validação de conteúdo .....	58
5.2.1	Caracterização dos especialistas .....	59
5.2.2	Validade de conteúdo .....	60
6	DISCUSSÃO .....	91
6.1	Caracterização dos especialistas .....	92
6.2	Julgamento dos especialistas.....	93
6.2.1	Identificação do paciente.....	93
6.2.2	Comunicação efetiva.....	96
6.2.3	Segurança medicamentosa .....	99
6.2.4	Prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde .....	102
6.2.5	Prevenção de queda.....	107
6.2.6	Prevenção de lesão de pele.....	109

<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>113</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>117</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>134</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>142</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O cuidado à saúde caracteriza-se como uma das mais complexas e dinâmicas atividades realizadas por seres humanos para seres humanos (REIS, 2013), o que reforça a necessidade de estudos e pesquisas contínuos para a elaboração de estratégias que tornem a prestação da assistência e, conseqüentemente, o cuidado, práticas efetivamente seguras.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente é uma iniciativa que objetiva a redução a um mínimo aceitável do risco ou da exposição ao perigo desnecessário na assistência em saúde. O “mínimo aceitável” está relacionado ao conhecimento atual, aos recursos disponíveis e ao contexto em que a assistência foi realizada diante do risco de não-tratamento ou outro tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

Os erros que ocorrem nas instituições de saúde passaram a ser discutidos amplamente na mídia após a publicação do relatório americano *To Err is Human: Building a Safer Health System*, em 1999. Esse relatório estimou a ocorrência de cerca de 44.000 a 98.000 mortes anuais nos Estados Unidos da América (EUA) devido a erros na assistência à saúde, ocupando assim a terceira causa de morte no país. A partir de então, o tema segurança do paciente ganhou destaque na literatura internacional e iniciativas têm sido adotadas para prevenção de erros e danos aos pacientes e promoção da qualidade do cuidado (KONH; CORRIGAN; DONALDSON; 2000).

A OMS alerta que milhões de pessoas no mundo sofrem lesões debilitantes e mortes decorrentes de práticas em saúde inseguras, sendo estimado que um em cada dez pacientes será vítima de um erro. Essa estimativa é obtida a partir de estudos conduzidos em países desenvolvidos, que possuem sistemas de saúde mais estruturados em relação aos países em desenvolvimento. Nestes os dados epidemiológicos são escassos e, por isso, podem ser ainda mais alarmantes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004a).

Diante da evidência desses problemas e na tentativa de reduzir essa estimativa, a OMS adotou o tema “Segurança do Paciente” como prioridade na agenda de políticas dos seus países membros a partir do ano 2000 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004b). Em 2004, foi criada a *World Alliance for Patient*

*Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente), cujo objetivo foi coordenar ações em nível mundial buscando a resolução dos problemas de segurança na assistência em saúde (DONALDSON; PHILIP, 2004).

Uma das iniciativas empreendidas pela OMS em parceria com a *Joint Commission Internacional* (JCI) – organização internacional especializada em qualidade e segurança no paciente – foi o lançamento, em 2005, das Metas Internacionais para a Segurança do Paciente no âmbito hospitalar, as quais foram aprimoradas e hoje compreendem: I) Identificar os pacientes corretamente; II) Melhorar a comunicação efetiva; III) Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância; IV) Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; V) Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; VI) Reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrentes de quedas (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014).

As metas, que devem ser seguidas pelas instituições acreditadas pela JCI, têm o propósito de promover melhorias específicas na segurança do paciente. Assim, destacam as áreas problemáticas na assistência à saúde e apresentam soluções consensuais para esses problemas, baseadas em evidências e em opiniões de especialistas, servindo, portanto, como um importante norteador para as instituições hospitalares (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014).

No Brasil, destaca-se o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), lançado em 2013 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O PNSP propõe uma série de medidas com o intuito de reduzir a ocorrência de incidentes nos serviços de saúde, evitando eventos ou circunstâncias que possam resultar em dano desnecessário ao paciente (BRASIL, 2013a). Sendo assim, o Brasil é um dos países que compõem a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Essa iniciativa brasileira aponta a preocupação do Estado em promover a prestação de uma assistência segura.

Além dos danos físicos, há outras implicações relacionadas à ocorrência de erros na assistência à saúde, como a perda da confiança dos pacientes e das suas famílias nas organizações de saúde e em seus profissionais, além da redução da possibilidade de alcançar os resultados esperados por eles (BATISTA, 2015).

Ademais, os incidentes durante os cuidados de saúde aumentam substancialmente os custos hospitalares, estimando-se um aumento entre 13 e 16%, o que representa cerca de um em cada sete dólares gastos em um atendimento.

Grande parte desses custos é resultado de cuidados desnecessários, que podem ser considerados perigosos. Dessa forma, há uma epidemia de erros médicos, que aumentam gastos com a prestação de cuidados à saúde, causam sequelas e até mesmo resultar em morte para muitos pacientes (SOUZA; MENDES, 2014).

Essa situação é ainda mais delicada em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), pois os pacientes são pequenos, com sistemas orgânicos em desenvolvimento e, na maioria das vezes, portadores de doenças graves, necessitando de cuidados complexos, várias medicações e procedimentos invasivos (RAJU; SURESH; HIGGINS, 2011). Além disso, são manipulados por muitos profissionais, submetidos a diversas intervenções para diagnóstico e tratamento e, frequentemente, permanecem internados por um longo tempo, principalmente, em decorrência da prematuridade. Todos esses fatores predispõem ao aumento das chances de ocorrer algum tipo de evento adverso nesses pacientes (LANZILLOTTI et al., 2015).

Uma pesquisa realizada no Brasil analisou 73 prontuários no período de três meses em uma UTIN de um Hospital Público, sendo que em 40 destes (55%), foram detectados um ou mais erros relacionados à segurança do paciente. Ainda, quando contabilizados os dias de hospitalização e os eventos adversos (EA), foi encontrada a proporção de um erro a cada 3,9 dias de hospitalização (LERNER et al., 2008).

Ademais, a análise de 749 prontuários em 15 UTIN nos EUA identificou a ocorrência de 554 eventos adversos, entre os quais 56% evitáveis, sendo os mais frequentes: infiltrações de cateteres vasculares, infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS), extubações acidentais, hemorragias intraventriculares e ruptura da pele (SHAREK et al., 2006). Essas ocorrências podem resultar no aumento do tempo de permanência hospitalar e em danos, muitas vezes, permanentes.

Em um estudo similar, realizado em Recife, 84% dos recém-nascidos internados na UTIN pesquisada sofreram algum EA. Os distúrbios de termorregulação e de glicemia foram os mais frequentes (VENTURA; ALVES; MENESES, 2012).

Conforme estudo realizado na Espanha, as evidências apontaram que devido à complexidade e as características dos pacientes, as UTIN são áreas de desenvolvimento de EA e, por esta razão, faz-se necessária a introdução e a implementação de ferramentas e estratégias para melhorar a segurança do paciente neonatal. Nesse trabalho, foram desenvolvidos dois *checklists* de cuidados

neonatais. Apesar do avanço da construção de instrumentos que abordam a segurança do paciente neonatal, estes não se basearam em diretrizes nacional ou internacionalmente reconhecidas para a segurança do paciente, mas se pautaram nos sistemas orgânicos dos indivíduos (REDONDO et al., 2017).

Considerando que as estatísticas mundiais apresentam um elevado número de erros e danos evitáveis causados aos pacientes, é fundamental salientar que tal situação pode ser alterada por meio da adoção de medidas seguras. Isso será possível a partir da criação de condições e sistemas que visem melhorar a segurança, a exemplo das listas de checagem, comumente denominadas *checklist* (WEISER; BERRY, 2013).

Na década de 30, o uso do *checklist* foi incorporado pela força aérea norte-americana a fim de evitar acidentes fatais provenientes de falhas de concentração ou de memória. Assim, foi observado que o cumprimento rigoroso das etapas designadas nessa lista de verificação reduzia substancialmente os erros (SANTOS, 2011).

O *checklist* permite que sejam registradas a presença ou a ausência de cada item descrito, de maneira a garantir que todos os aspectos daquela ação sejam contemplados, além de enfatizar critérios essenciais, que devam ser considerados em uma atividade específica (WEISER; BERRY, 2013; VATS; NAGPAL; MOORTHY, 2009).

Por outro lado, os serviços de saúde iniciaram a implementação do *checklist* com a finalidade de redução das infecções associadas a cateteres venosos centrais (CVC). Posteriormente, estenderam para procedimentos cirúrgicos, observando, também, resultados positivos no quesito segurança, pois esse instrumento auxilia na redução das complicações e da mortalidade. Sua efetividade já foi demonstrada em áreas específicas e de alta complexidade como anestesiologia, trauma e terapia intensiva. Apesar dos benefícios comprovados, a expansão para demais áreas da saúde no Brasil, ainda não se faz de forma tão rápida e ampla como na aviação e na produção industrial (WEISER; BERRY, 2013; VATS; NAGPAL; MOORTHY, 2009).

Considerando a Lei 7.498/86, que regulamenta o exercício do profissional de enfermagem e indica que o enfermeiro deve prestar o cuidado direto aos pacientes graves com risco de vida, de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica, esse profissional merece destaque no contexto das Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Paralelamente a isso, é importante que a

atenção da equipe esteja voltada para o cuidado seguro, reforçando a necessidade de intervenções de enfermagem para a prevenção de eventos adversos (BRASIL, 1986).

De acordo com Nunes et al. (2014), atentar para a identificação precoce de situações de risco contribui para a qualidade, cuidado e cultura de segurança. Além disso, é comprovado que a adoção de medidas de intervenção como o uso de *checklists*, promove a melhoria da comunicação e diminui a ocorrência de falhas por omissão, o que constitui uma poderosa ferramenta no alcance da qualidade e da segurança do atendimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

A proposta da construção de *checklists* que incluam cuidados de enfermagem pautados na segurança do paciente para a prevenção de EA nos momentos da admissão, internação e preparação para a alta dos neonatos, apresenta-se como uma estratégia para estabelecer barreiras de segurança e efetivar melhorias na assistência neonatal.

Nesse sentido, ressalta-se que o reconhecimento da qualidade de um instrumento é aspecto fundamental para a sua legitimidade, o que reforça a importância do seu processo de validação (BITENCOURT et al., 2011).

Tendo em vista os problemas relativos à ocorrência de EA nas UTIN, bem como a ausência de instrumentos validados que norteiam o cuidado de enfermagem baseado em evidência, surgiu o questionamento: Quais elementos devem compor *checklists* de cuidados de enfermagem na admissão, internação e preparo para alta, com vistas à segurança do paciente internado em UTIN? O resultado desta análise poderá implicar em estratégias que gerem melhorias e segurança na assistência de enfermagem aos pacientes internados na UTIN e contribuir para a redução do risco de eventos adversos.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

- Validar o conteúdo de checklists de cuidados de enfermagem pautados na segurança do paciente internado em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal nos momentos da admissão, internação e preparação para a alta.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Elaborar revisão integrativa sobre os cuidados de enfermagem considerados no escopo das seguintes dimensões da segurança do paciente: Identificação do paciente, Comunicação, Segurança medicamentosa, Prevenção de Infecções associadas ao cuidado de saúde, Prevenção de quedas e de lesões de pele.
- Elaborar os *checklists* de cuidados de enfermagem prestados ao paciente internado em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal nos momentos da admissão, internação e preparação para a alta, pautados na segurança do paciente.

## **3 REVISÃO DE LITERATURA**

### **3.1 Segurança do paciente**

A segurança do paciente assumiu um espaço privilegiado na busca pela melhoria da qualidade do cuidado prestado ao paciente nos diversos níveis de atenção. No entanto, a qualidade do cuidado, não se resume à garantia da segurança, porque envolve também atributos ou dimensões, como acesso e efetividade (MARTINS, 2014). Assim, a definição de segurança do paciente pelo *Institute of Medicine* (IOM) é: evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado, que tem como objetivo ajudá-los (CHASSIN; GALVIN, 1998).

Nesse sentido, a promoção da segurança do paciente tem como princípio a minimização dos erros e danos por meio de estratégias e barreiras de segurança, que permitam identificá-los, além de propor melhorias no sistema com o objetivo de evitar a recorrência dessas situações (TOMAZONI, 2014).

Desse modo, as ações para a segurança do paciente devem promover a substituição da atribuição de culpa por uma nova abordagem, que leva à reflexão acerca dos processos assistenciais e das lacunas as quais propiciaram o erro. Logo, a busca contínua pela qualidade da assistência e segurança do paciente em instituições de saúde tornou-se objeto de estudos, com vistas à prevenção da ocorrência de erros antes que estes causem danos aos pacientes (COSTA et al., 2011; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

Os eventos adversos evitáveis e os seus fatores contribuintes podem ser modificados e melhorados por ações que não requerem tanta complexidade tecnológica. Sendo assim, métodos mais simples podem ser elaborados e testados com a finalidade de monitorar e evitar, em tempo real, os incidentes que podem resultar em prejuízos físicos, emocionais e até mesmo financeiros para o paciente e para os profissionais envolvidos nessa assistência (MENDES et al., 2013).

### **3.2 Segurança do paciente ao longo dos anos**

Na enfermagem, a precursora Florence Nightingale, em 1863, alertou para as questões de segurança em seu livro *Notes on Hospitals* (Notas sobre Hospitais) ao dizer que é dever do hospital não causar danos aos pacientes (WACHTER, 2010).

O cirurgião americano Ernest Codman, na década de 1910, foi o primeiro a abordar o erro médico (NEUHAUSER, 2002). Codman foi um dos fundadores do Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), onde em 1917, decorrente de seu comprometimento com a qualidade da assistência e a partir de seus estudos, desenvolveu uma proposta de “Padrões Mínimos para Hospitais”. O CAC visitou 692 hospitais no ano de 1918, dentre os quais somente 89 atenderam às exigências desses padrões mínimos. Em 1950, 3.200 instituições hospitalares haviam se adequado (NOVAES, 2007).

Em 1951, outras três instituições médicas americanas e uma canadense foram incorporadas ao CAC com o objetivo de fundar a Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais. Esta era uma organização não governamental, sem fins lucrativos, que tinha como finalidade oferecer acreditação. Esse termo se refere a um sistema de avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde (NOVAES, 2007).

As propostas de Codman foram utilizadas pela *American Surgical Society*, a qual estabeleceu padrões mínimos para o funcionamento dos hospitais, entre os anos de 1912 e 1952. Porém, tornaram-se obsoletas com a criação da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), que se tornou a maior organização a atuar no campo da acreditação hospitalar nos Estados Unidos. Esta incluiu em seu planejamento a necessidade de programas de gerenciamento de riscos para melhorar a segurança do paciente. Paralelamente, no ano de 1964, Schimmel iniciou os estudos sobre eventos adversos e produziu o primeiro trabalho sobre qualidade e segurança do atendimento médico (VINCENT, 2009).

Na década de 70, foi fundado nos EUA o *Institute of Medicine* (IOM), pela Universidade de Tribhuvan, com o mandato e a responsabilidade de treinar todas as categorias de recursos humanos em saúde necessárias no país. Essa instituição define qualidade do cuidado como o grau com que os serviços de saúde aumentam a chance de produzir os resultados desejados para cuidar de seus pacientes, conforme o conhecimento profissional atual. De acordo com o IOM são atributos da qualidade: efetividade, cuidado centrado no paciente, oportunidade, eficiência, equidade e segurança do paciente (CHASSIN; GALVIN, 1998).

No ano de 1999, foi publicado o relatório *To err is human: Building a Safer Health Care* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), elaborado pelo IOM, que suscitou as discussões sobre a segurança do paciente

internacionalmente (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). A partir desse marco, a temática passou a ser debatida em diversas instituições de saúde pelo mundo, que alertaram os profissionais, gestores, pacientes, organizações e políticos para a dimensão do problema e dos seus custos sociais e econômicos, além do inevitável sofrimento dos pacientes e famílias. À vista disso, estima-se que o custo associado a eventos relacionados à assistência à saúde é de 17 a 29 bilhões de dólares em razão dos cuidados adicionais, da perda de rendimento e incapacidade resultante dos referidos eventos (GARCIA et al., 2014).

Desde a publicação do relatório, a segurança do paciente ganhou relevância mundialmente, levando a Organização Mundial da Saúde (OMS) a priorizar tais discussões. Em 2004, foi lançada a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, a qual despertou a responsabilidade, nos países membros, da busca pela promoção de políticas públicas e ações voltadas ao tema. Nesse mesmo período, a OMS e a JCI desenvolveram, organizaram e divulgaram seis áreas de atuação para direcionar ações, objetivando promover melhorias em áreas da assistência consideradas críticas e que possuíam elementos de mensuração específicos. Esse direcionamento ficou conhecido como “Seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente”. Essas áreas são (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014):

- Identificar os pacientes corretamente;
- Melhorar a comunicação efetiva;
- Melhorar a segurança de medicamentos de alta-vigilância;
- Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto;
- Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde;
- Reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrentes de quedas.

A identificação correta do paciente é o ponto inicial para assistir o paciente sem causar danos, visto que a sua garantia é essencial para que as outras metas sejam alcançadas. Esse item preza pela garantia da identificação correta de um indivíduo como sendo a pessoa a qual se destina a ação a ser realizada. Para que isso aconteça é necessário que o paciente seja identificado por pelo menos dois identificadores (que não se refiram à localização do paciente).

O segundo item diz respeito à necessidade de promoção e de melhoria na comunicação entre as pessoas, que prestam a assistência, em especial, durante a comunicação verbal, momento que há maior propensão ao erro.

A terceira meta envolve a padronização de ações visando à garantia no armazenamento, na dispensação, no transporte e na utilização de medicamentos de alto risco. Essa classe medicamentosa refere-se aos fármacos que possuem um percentual elevado de erros e/ou eventos sentinela, com risco elevado de eventos adversos e àqueles que contêm nome, grafia e aparência semelhantes.

A quarta área crítica na assistência à saúde, que foi proposta como meta para a promoção da segurança do paciente, orienta as instituições de saúde para que estas desenvolvam estratégias, que sejam eficazes na erradicação do problema existente. Dessa forma, a OMS visando cirurgias mais seguras desenvolveu um *checklist* para que o procedimento cirúrgico seja seguro. Esse instrumento contempla ações consideradas essenciais para que ocorra um processo operatório correto, devendo ser empregado antes, durante e após a realização da cirurgia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

A quinta meta, por sua vez, defende que a instituição de saúde deve desenvolver estratégias que estimulem a redução dos riscos de infecções relacionadas à assistência, concomitantemente com as campanhas e orientações realizadas pela OMS.

A redução dos riscos de dano/lesão ao paciente vítima de queda é a última meta apresentada nessa campanha, o que ressalta a necessidade das instituições de saúde de atuarem nas medidas preventivas, evitando esse agravo nos pacientes hospitalizados. Para isso, deve ser levado em consideração o perfil desses pacientes e da instituição durante a definição das estratégias para o enfrentamento do problema.

Com a melhoria dessas áreas críticas específicas, o que se espera é a redução dos danos aos pacientes, de modo que a assistência e o cuidado sejam seguros e de alta de qualidade.

Em relação a mensuração e avaliação da segurança e qualidade da assistência, algumas organizações merecem notoriedade, como a *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* (JCAHO), atualmente denominada *The Joint Commission* (TJC) e a JCI, que são empresas de acreditação de qualidade e segurança hospitalar. Pode-se citar ainda o *Institute of Healthcare Improvement*

(IHI) pela Campanha “5 Milhões de Vidas” (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2008) e a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), designada pelo governo americano como a agência federal responsável pela educação e pesquisa em segurança do paciente, dentre muitas outras organizações que surgiram no EUA e no mundo, com propostas de mudança para uma assistência de saúde mais segura (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2011).

A fim de padronizar as terminologias, realizou-se um estudo, publicado em 2009, denominado *International Classification for Patient Safety* (ICPS). Entre os conceitos e termos principais, traduzidos pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (PROQUALIS), destacam-se os seguintes (RUNCIMAN et al., 2009; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2010):

- Segurança do Paciente: redução dos riscos de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável.
- Dano associado ao cuidado de saúde: é o dano decorrente ou associado a planos ou ações tomadas durante a prestação de cuidados a saúde e não de uma doença ou lesão subjacente.
- Dano: envolve prejuízo na estrutura ou funções do corpo e pode acarretar doença, lesão, sofrimento, incapacidade de ordem física, social ou psicológica ou morte.
- Incidente de segurança do paciente: é um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o paciente.
- Erro: Consiste na falha da execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. Podem manifestar-se por omissão (quando não se realiza a ação correta, descrita como a forma passiva do erro) ou comissão (quando se faz algo errado, forma ativa dos erros).
- Incidentes sem danos: é um incidente que não resultou em dano ao paciente.
- Incidente com danos ou evento adverso (EA): é um incidente que resultou em danos ao paciente.

Especificamente na área da enfermagem brasileira surgiu, em 2008, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), organização

que tem como estratégia articulação e cooperação técnica entre instituições diretas e indiretamente ligadas à saúde e à educação de profissionais em saúde, com o objetivo de fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade. Em 2013, essa Rede – Polo Rio Grande do Sul – publicou o manual “Estratégias para a Segurança do Paciente: Manual para Profissionais da Saúde”, a fim de oferecer aos profissionais e serviços de atenção à saúde informações úteis, baseadas em evidências e atualizadas, que sejam aplicáveis e exequíveis na rotina diária e que subsidiem o cuidado seguro a todos os pacientes (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2010).

Perspectivas de mudanças ganharam força a partir da implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), no ano de 2013, o qual apontou a necessidade de promover uma cultura voltada para a segurança, estimulando o aprendizado e o aprimoramento organizacional. Para tanto, deve-se envolver profissionais de saúde e pacientes, qualificar os processos de comunicação e estimular a notificação de eventos adversos por meio de sistemas efetivos. Esse Programa tem como objetivos (BRASIL, 2013b):

- Contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional;
- Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;
- Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;
- Ampliar o acesso da sociedade às informações relativas ao tema;
- Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre a temática;
- Fomentar a inclusão do assunto no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.

### **3.3 Segurança do Paciente em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e os cuidados de enfermagem**

Paradoxalmente, ambientes de cuidado podem levar à ocorrência de erros e gerar danos aos seres cuidados. Em ambientes hospitalares, a situação tende a ser ainda mais crítica nas UTIN. Assim, a necessidade de agilidade nos processos assistenciais predispõe a ocorrência de erros nas técnicas e procedimentos decorrentes da complexidade dos cuidados, das tecnologias utilizadas e intervenções invasivas realizadas em paciente de alto risco (VINCER; MURRAY; YUILL, 1989).

Os pacientes hospitalizados em UTIN encontram-se em um contexto mais delicado de segurança, uma vez que apresentam fragilidades em decorrência de seus sistemas orgânicos, em desenvolvimento, sobre os quais pequenos erros podem gerar consequências graves ou até mesmo fatais (RAJU; SURESH; HIGGINS, 2011).

A ocorrência de erros médicos é facilitada pela complexidade de procedimentos, principalmente, em pacientes prematuros e de muito baixo peso, além da introdução frequente de novas tecnologias. Somado a isso, alguns efeitos adversos a drogas podem mimetizar um quadro típico de infecção, caracterizado por apneia, distúrbio de perfusão periférica, alterações eletrolíticas e ácido-básicas, levando a intervenções desnecessárias em decorrência do não reconhecimento desses efeitos (VINCER; MURRAY; YUILL, 1989).

Como muitos desses erros passam despercebidos, a equipe de profissionais tende a considerar que sua ocorrência é muito baixa. Estima-se que em cada seis a oito internações em UTIN, uma (15%) seja acompanhada de erro médico com drogas. Nessas unidades, os erros acontecem por prescrição ilegível (3%), duvidosa (1,9%), dose errônea do medicamento (4%) ou pela não especificação da via de administração do medicamento (28%) (VINCER; MURRAY; YUILL, 1989).

Conforme apresentado por Lanzillotti et al. (2015), em um estudo sobre eventos adversos e outros incidentes em recém-nascidos informados no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) entre os anos de 2007 e 2013, o período neonatal precoce (até o 6º dia de vida) é um momento crítico, pois 44,2% dos eventos adversos aconteceram nesse período. O recém-nascido nessa fase sofre a influência das condições da gestação, do parto e do próprio cuidado neonatal. Um EA nessa fase está associado a 52,3% dos óbitos no primeiro ano de vida, podendo chegar a 64,9%, quando considerados apenas recém-nascidos com muito baixo peso. Esse período mais crítico para a sobrevivência do recém-nascido é

quando se encontram os registros de eventos adversos que causam danos mais graves como sangramento, queimadura extensa, flebites e asfixia.

No Brasil, grandes mudanças vêm ocorrendo no contexto da neonatologia nos últimos anos, acompanhando a tendência mundial. A integração de novas tecnologias, a necessidade de intervenção de uma equipe multiprofissional, a presença dos pais e o cuidado de bebês cada vez mais prematuros fazem parte de uma realidade que exige posturas diferentes dos profissionais da equipe, os quais atuam nessas unidades (COSTA; PADILHA, 2011).

A Portaria 930/2012, do Ministério da Saúde, define as diretrizes e os objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, além dos critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre essas diretrizes, destaca-se a atenção multiprofissional com enfoque nas necessidades do usuário, o respeito, a proteção e o apoio aos direitos humanos; promoção da equidade, integralidade da assistência, atenção humanizada e estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido (BRASIL, 2012a). Essas diretrizes vão ao encontro da necessidade de prestar uma assistência segura e de qualidade.

Conforme Pedreira e Harada (2009) e Cavalcante et al. (2015), o ajuste do cuidado de enfermagem ao chamado “paradigma da era da segurança” depende de profissionais que procurem excelência no contexto técnico-científico e estejam engajados em desenvolver estratégias consolidadas para a promoção de um cuidado seguro.

A enfermagem é a categoria profissional que, em decorrência das especificidades da profissão, encontra-se em posição privilegiada para reduzir a possibilidade de erros, tornando-se, assim, peça fundamental na promoção da segurança dos pacientes (CAVALCANTE et al., 2015).

A utilização de *checklists*, protocolos e escalas preditivas por parte da equipe de enfermagem, tem sido apontada como uma das estratégias que contribuem para que sejam reduzidos os erros. Desse modo, esses mecanismos devem ser amplamente empregados pela equipe de enfermagem, visando uma assistência segura e de qualidade (PANCIERI et al., 2013).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Delineamento do estudo

Pesquisa metodológica, com abordagem quantitativa, que visa elaborar e validar instrumentos em formato de *checklist* contemplando cuidados de enfermagem com vistas à segurança do paciente internado em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

Segundo Polit e Beck (2011) esse tipo de pesquisa refere-se às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise de dados, discorrendo sobre a elaboração, avaliação e validação de instrumentos e técnicas de pesquisa, a fim de elaborar instrumento confiável, preciso e que possa ser utilizado por profissionais e outros pesquisadores. Para Mata, Carvalho e Napoleão (2011) e Dal Sasso e Souza (2011), o processo de validação de conteúdo consiste em um desenvolvimento dinâmico realizado a partir do julgamento de peritos para seu ajuste adequado, sendo desenvolvido com rigor metodológico, em passos previamente definidos.

No contexto da saúde, percebe-se um progressivo número de questionários e escalas disponíveis que buscam verificar e avaliar fenômenos relevantes (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Entretanto, é indispensável que esses instrumentos tenham confiabilidade, fidedignidade e validade a fim de reduzir a possibilidade de julgamentos subjetivos (RAYMUNDO, 2009). Logo, reconhecer a qualidade dos instrumentos torna-se crucial para sua legitimidade e credibilidade dos resultados, o que corrobora a importância do processo de validação desses *checklists*.

Ademais, os métodos mais indicados para a obtenção da validação de um *checklist* pelos psicometristas são: a validade de construto, a validade de critério e a validade de conteúdo (PASQUALI et al., 2010).

O primeiro método, validade de construto ou de conceito, consiste na forma direta de verificar a amplitude, na qual a medida refere-se à construção teórica do fenômeno a ser determinado. Embora seja um termo que abarque outros, tais como, validade intrínseca, validade fatorial e até validade aparente, estas várias terminologias demonstram sua subjetiva compreensão (PASQUALI et al., 2010).

Existem, ainda, as definições conceitual e operacional do construto. A primeira relaciona-se com os significados encontrados em dicionários e

enciclopédias, ou seja, os conceitos, que são realidades abstratas e a segunda diz respeito às operações concretas, por meio de comportamentos físicos no qual o construto se expressa (PASQUALI et al., 2010).

Todavia, a segunda metodologia, a validade de critério, é a relação existente entre os critérios de avaliação, que possui atributos iguais ou semelhantes: a validade preditiva e a concorrente (PASQUALI et al., 2010).

Por último, a validade de conteúdo, que se denomina como o princípio do processo de combinação entre conceitos abstratos e indicadores mensurados, além de representar a extensão e a dimensão de cada item dentro daquilo que se quer investigar. Compreende-se em duas etapas: o desenvolvimento do instrumento e a análise e julgamento dos especialistas, respectivamente (RUBIO et al., 2003). Esta última, consiste em um julgamento realizado por um grupo de juízes experientes na área, aos quais caberão analisar se o conteúdo está correto e adequado ao que se propõe (MOURA et al., 2008).

Esse tipo de estudo pode fornecer informações sobre a significância e a clareza de cada item com a colaboração dos especialistas, porém, existem limitações nesse método, que precisam ser observadas, visto que a análise dos especialistas é subjetiva e, conseqüentemente, podem existir distorções nos estudos (RUBIO et al., 2003).

Sendo assim, a validação é determinada pela extensão ou grau em que o dado representa o conceito no qual o instrumento quer investigar, constituindo um fator imprescindível na aplicação de um instrumento de mensuração (BITTENCOURT, 2011).

O modelo de validação baseado em Pasquali et al. (2010), apesar de pertencer à psicologia e compreender a teoria da elaboração de escalas psicométricas aplicáveis à construção de testes psicológicos de aptidão, de inventários de personalidade, de escalas psicométricas de atitude e do diferencial semântico, pode ser encontrado nas pesquisas da Enfermagem. Ademais, envolve a teoria da elaboração de instrumentos de medida de fenômenos subjetivos, com a composição de três conjuntos de procedimentos: teóricos, empíricos (experimentais) e analíticos (estatísticos) (PASQUALI et al., 2010).

O primeiro procedimento refere-se a fundamentação teórica sobre o construto, o qual se pretende desenvolver um instrumento de mensuração, portanto, é necessário definir suas propriedades, a concepção da dimensionalidade desses

atributos, além da sua determinação constitutiva e operacional, a construção dos itens e a validação de conteúdo. O segundo baseia-se nas etapas e estratégias de aplicação do instrumento piloto, assim como na coleta de informações, que possam avaliar as propriedades psicométricas do instrumento. Por fim, o terceiro diz respeito aos procedimentos analíticos, os quais determinam as análises estatísticas dos dados com o intuito de validar o instrumento desenvolvido (PASQUALI et al., 2010).

À vista disso, para o julgamento de cada item de um instrumento existem doze critérios fundamentados no referencial metodológico proposto por Pasquali et al. (2010), os quais darão subsídio para a validação de conteúdo do instrumento, embora atinjam o campo da validação aparente, visto que avaliam propriedades psicométricas que indicam se os itens são compreensíveis à população alvo. Dessa forma, os critérios constituem-se em: comportamental, objetividade, simplicidade, clareza, relevância, precisão, variedade, modalidade, tipicidade, credibilidade, amplitude e equilíbrio (PASQUALI et al., 2010).

A seguir será explicitado o caminho percorrido para o desenvolvimento da pesquisa, o qual compreende o primeiro procedimento proposto por Pasquali (2010). Este será dividido em duas etapas: a primeira consiste da elaboração e construção dos instrumentos e a segunda compreende a validação do conteúdo através da submissão, verificação da confiabilidade do instrumento pela análise e concordância dentre os enfermeiros especialistas.

#### **4.2 Primeira etapa: elaboração e construção dos instrumentos**

Um *checklist* de segurança do paciente no cuidado de enfermagem na UTIN deve ser compreendido como um parâmetro de avaliação do funcionamento dos serviços de saúde, a fim de investigar, estabelecer e aperfeiçoar os processos de trabalho, assim como fomentar o desenvolvimento de padrões mais elevados e seguros de atendimento. O uso de *checklists* contribui para fornecer dados precisos acerca das práticas de saúde, bem como da escolha e (re) formulação de estratégias de saúde, surgindo como um instrumento relevante para o alcance da segurança do paciente neonatal nos serviços de saúde (FIORETTI et al., 2016).

Inicialmente, com a finalidade de identificar os cuidados de enfermagem pautados na segurança do paciente internado em Unidades de Terapia Intensiva

Neonatal, realizou-se um levantamento na literatura por meio de um método rigoroso de análise, denominado revisão integrativa.

Diante da necessidade de assegurar uma prática assistencial segura, a revisão integrativa tem sido apontada como ferramenta ímpar no campo da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática, fundamentando-se em conhecimento científico (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Conforme recomendam Mendes, Silveira e Galvão (2008), a revisão integrativa consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para compreensão abrangente sobre determinado fenômeno. Para tanto, a revisão deve contemplar as seguintes etapas:

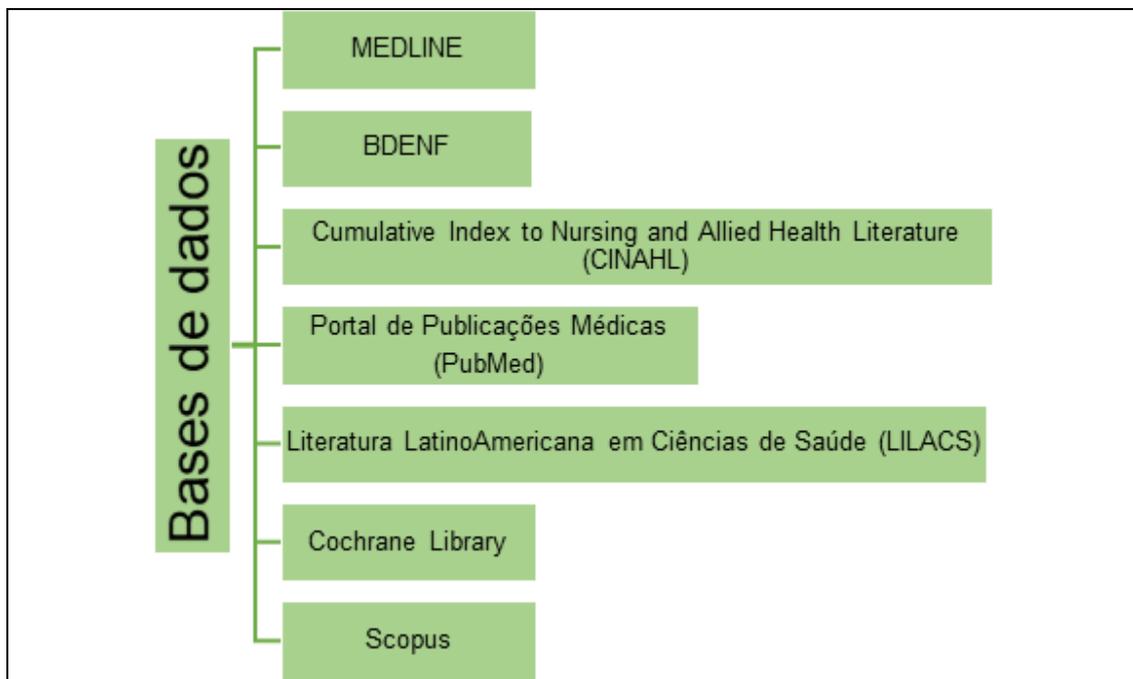
- Identificação do tema e seleção da hipótese de pesquisa;
- Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos;
- Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos;
- Avaliação dos estudos incluídos;
- Interpretação dos resultados;
- Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

A etapa de elaboração da questão de pesquisa é considerada a fase mais importante da revisão integrativa, determinando quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para identificação e as informações coletadas de cada estudo (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Diante dessa consideração, para o embasamento da construção do *checklist*, realizou-se revisão integrativa guiada pela questão norteadora: quais elementos devem compor *checklists* de cuidados de enfermagem com vistas à segurança do paciente internado em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal?

A busca e seleção das referências foram realizadas entre novembro de 2017 e agosto de 2018. Para a seleção dos artigos, foram consultadas sete bases de dados (representada pela FIG. 1): Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), US National Library of Medicine (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), Cochrane Library e Scopus.

Figura 1 - Bases de dados selecionadas para a Revisão Integrativa



Fonte: Confeccionado a partir de dados da pesquisa (2018).

O acesso às bases ocorreu por meio do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Utilizou-se a terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e no Medical Subject Headings (MeSH), com os descritores controlados: Segurança, Medidas de Segurança, Gestão da Segurança, Segurança do Paciente, Erros de medicação, Pele, Sistemas de identificação de pacientes, Cuidados de Enfermagem, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Cuidados Críticos, Comunicação, Recém-Nascido, Controle de infecções e Acidentes por quedas para a BVS. Para a MEDLINE, BDENF, CINAHL, PubMed, LILACS, Cochrane Library e Scopus foram utilizados: Safety, Safety Measures, Safety Management, Patient Identification System, Patient Safety, Medication Errors, Intensive Care Neonatal, Critical Care, Infant Newborn, Communication, Skin, Neonate, Infection, Accidental Falls com os descritores em língua inglesa. Com o intuito de ampliar o número de publicações, utilizou-se o cruzamento dos descritores acima com os booleanos AND e OR.

Os critérios de inclusão para a pré-seleção dos estudos foram: estudos que apresentavam recomendações de cuidados de enfermagem com vistas à segurança

do recém-nascido internado em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, considerando as Metas Internacionais de Segurança do Paciente e o Programa Nacional de Segurança do Paciente, publicações em inglês, português ou espanhol, publicados entre janeiro de 2013 e julho de 2018. Excluíram-se textos do tipo dissertação, tese, editoriais, documentos de projetos e demais documentos que não se caracterizassem como artigos, além dos estudos duplicados.

Para a coleta e análise dos dados foram utilizados os instrumentos: *checklist for randomized controlled trials* (ANEXO A), *checklist for systematic reviews* (ANEXO B), *checklist for analytical cross sectional studies* (ANEXO C) e *checklist for qualitative research* (ANEXO D), os quais nortearam a escolha dos artigos. Os tópicos de interesse desses instrumentos são: título do artigo, ano de publicação, objetivos do estudo, metodologia, idiomas, fonte/base de dados, tipo de estudo, tipo de delineamento, resultados, conclusão, recomendações, limitações (adequação a metodologia) e nível de evidência. Para a seleção final, os estudos foram lidos na íntegra minuciosamente, verificando se atendiam aos critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para o nível de evidência, utilizou-se a classificação sugerida por Melnyk e Fineout-Overholt (2005), que classifica seus estudos em sete níveis: 1 – evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos aleatorizados controlados ou de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos aleatorizados controlados; 2 – evidências oriundas de pelo menos um ensaio clínico aleatorizado controlado bem delineado; 3 – evidências obtidas de ensaios clínicos sem autorização bem delineados; 4 – evidências que se originaram de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; 5 – evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; 6 – evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; 7 – evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas. De acordo com essa classificação, os níveis 1 e 2 são consideradas evidências fortes, 3 e 4 moderadas e de 5 a 7 fracas.

Quadro 1 – Classificação do estudo, segundo nível de evidência proposto por Melnyk e Fineout-Overholt (2005)

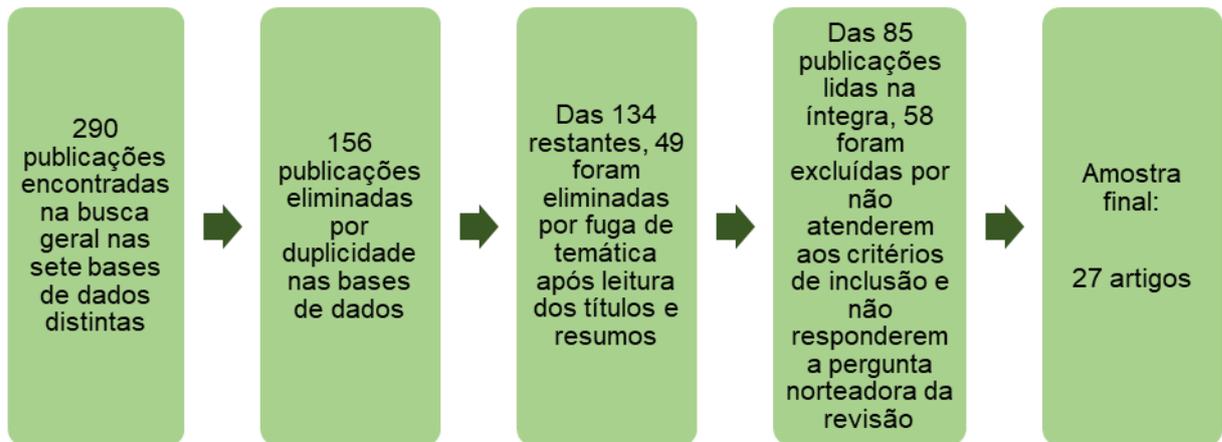
<p>Nível I</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidências de Revisões sistemáticas</li> <li>• Metanálise de todos ensaios clínicos controlados e randomizados</li> </ul> <p>Nível II</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensaios clínicos controlados randomizados e bem delimitados</li> </ul> <p>Nível III</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensaios clínicos controlados sem randomização</li> </ul> <p>Nível IV</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudo de coorte</li> <li>• Estudo de caso-controle</li> </ul> <p>Nível V</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudos descritivos</li> <li>• Estudos qualitativos</li> </ul> <p>Nível VI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apenas um estudo qualitativo</li> <li>• Apenas um estudo descritivo</li> </ul> <p>Nível VII</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opinião de autoridades e/ou especialistas</li> </ul>	<p>Mais forte</p>  <p>Menos forte</p>
--	---

Fonte: Melnyk e Fineout-Overholt (2005)

Durante o processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos primários, os artigos passaram por três etapas. Na primeira etapa, foi realizada a retirada dos artigos duplicados; assim, do total de 290 artigos, foram retirados 156. Na segunda etapa, realizou-se a leitura dos títulos e resumos dos 134 artigos restantes e, por fuga de temática, excluíram-se 49 artigos. Na terceira etapa, procedeu-se à leitura na íntegra desses 85 artigos, sendo retirados 58 artigos por não atenderem aos critérios de inclusão e por não responderem à questão norteadora da revisão, de modo que a amostra final foi constituída por 27 artigos.

A seguir, a FIG. 2, ilustra o processo de seleção dos artigos desta revisão integrativa:

Figura 2 – Percurso metodológico para seleção das publicações nas bases de dados



Fonte: Confeccionado a partir de dados da pesquisa (2018)

Nota: Fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos estudos da revisão integrativa

Os *checklists* foram construídos para serem aplicados em três momentos distintos da permanência do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: à admissão, durante a internação e no preparo para a alta. A construção dos itens foi embasada nas Metas Internacionais da Segurança do Paciente, propostas pela OMS e nas recomendações do Programa Nacional de Segurança do Paciente, as quais tornaram-se dimensões norteadoras (BRASIL, 2013a; CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014):

- Identificação do paciente, definida como a identificação correta do paciente, é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014).
- Comunicação efetiva, conceituada como a troca de informação envolvendo emissor e receptor, o qual decodifica uma determinada mensagem. Deve ser assertiva, completa, precisa e entendida pelo receptor, reduzindo a ocorrência de erros e resultando na melhoria de segurança do paciente (CASTELLS, 2009; CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014).
- Segurança medicamentosa deve englobar o processo de prescrição, uso e administração de medicamentos, o qual deverá ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os

níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas (BRASIL, 2013g).

- Prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde abrange todas as etapas da prevenção de infecção durante a prestação dos cuidados realizados dentro de um ambiente de cuidado à saúde, a qual contempla desde medidas administrativas até boas práticas ao aleitamento materno (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2016).
- Prevenção de lesões decorrente de quedas prevê a avaliação do risco de queda e a implementação de medidas para a sua redução, evitando, assim, o aparecimento de lesões. Conceitua-se queda neste contexto como o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014).
- Prevenção de úlceras por pressão engloba ações para reduzir a ocorrência de lesões localizadas da pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento, ocasionadas pela fricção (BRASIL, 2013f).

Considerando o público alvo desta pesquisa o neonato, com sua pele delicada, fina, frágil, associando a imaturidade dos sistemas e a utilização de dispositivos médicos imprescindíveis à sobrevivência dessa população, confronta-se com uma situação de aumento do risco de lesão da pele (MARTINS; CURADO, 2017). Isso fez com que a proteção de sua integridade fosse aqui ampliada e considerada, portanto, como prevenção de lesões de pele, seja ela decorrente do aumento de pressão, do uso de dispositivos médicos, de produtos tópicos ou de adesivos médicos.

A meta Cirurgia Segura não foi considerada nos *checklists* produzidos neste trabalho por já existirem instrumentos específicos para tal fim recomendados pelo Ministério da Saúde, os quais possuem tamanha importância e devem ser também utilizados para o paciente recém-nascido que necessita ser submetido a procedimentos cirúrgicos (BRASIL, 2013b).

### 4.3 Segunda etapa: a validação

A realização desta etapa consistiu na análise da adequação do conteúdo dos itens que compuseram os *checklists* de segurança do paciente no cuidado de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal por especialistas na área, construídos a partir da revisão integrativa descrita na primeira etapa.

A validação de conteúdo permite verificar se os conceitos estão representados adequadamente, assim como a representatividade dos itens do instrumento dentro do universo de todo o construto (POLIT; BECK, 2011). Anteriormente às questões propostas nos *checklists*, foi elaborado um questionário para caracterização do enfermeiro especialista (dados de identificação, tempo de formação, áreas de atuação e experiência na temática. Após responder a essas questões, o enfermeiro poderia proceder ao julgamento sobre a pertinência dos critérios relativos ao instrumento (LYNN, 1986). Essa fase é relevante para o trabalho, pois considera-se um instrumento válido quando sua construção e aplicabilidade permitem a fiel mensuração daquilo que se pretende mensurar, o que pode ser obtido por meio do processo de validação (MARTINS, 2006).

De acordo com Bellucci Júnior e Matsuda (2012), a técnica de validação utilizada neste estudo analisa e discute a avaliação de peritos sobre um tópico específico. Dessa forma, a validade de conteúdo envolve o julgamento por enfermeiros com vasta experiência profissional nos indicadores/critérios contidos nos instrumentos para analisar sua representatividade (PERROCA; GAIDZINSKI, 1998). Os especialistas devem ser de fato expertise na área de interesse, pois somente assim, poderão avaliar adequadamente a relevância dos itens submetidos à análise (JOVENTINO, 2010).

### 4.4 População e amostra

Para o processo de validação de conteúdo, a literatura diverge quanto ao número ideal do comitê de especialistas e não há um consenso para tal. A recomendação varia de acordo com o referencial: de seis a vinte profissionais, de acordo com Pasquali (1999) e Rubio et al. (2003), de cinco a dez conforme Lynn (1986) e nove para Joventino (2010) e Freitas (2010). A decisão do número de

especialistas deve levar em conta as características do instrumento, a formação, a qualificação e a disponibilidade dos profissionais necessários (LYNN, 1986; GRANT; DAVIS, 1997).

Em relação à seleção, deve-se considerar a experiência e a qualificação dos membros desse comitê. Grant, Davis (1997) e Davis (1992) destacam que os experts devem possuir experiência clínica, publicação e pesquisas sobre o tema ou ser peritos na estrutura conceitual envolvidas. Indica-se também a inclusão de pessoas leigas potencialmente relacionadas com a população do estudo (RUBIO et al., 2003; TILDEN; NELSON; MAY, 1990), o que supostamente assegura a correção de frases e termos que não estão muito claros.

Carvalho et al. (2010) evidenciaram que a maioria dos pesquisadores têm citado os critérios de Fehring (1994) adaptados aos estudos, embora outros importantes autores também sejam citados (MELO et al., 2011). Tendo em vista a necessidade de definir parâmetros para a escolha dos especialistas diante da diversidade de referências e nenhuma padronização para tal, optou-se pela eleição dos seguintes critérios próprios embasados por Fehring (1994) e Carvalho et al. (2010): prática mínima de dois anos em neonatologia, especialização/ residência em neonatologia ou mestrado, doutorado ou pós-doutorado na área de saúde da criança.

O processo iniciou-se, conforme recomendado por Grant e Davis (1997), com o convite aos candidatos a membros do comitê de especialistas por meio eletrônico. Estes receberam uma carta explicativa (APÊNDICE A) contendo a relevância dos conceitos envolvidos e dos instrumentos como um todo, o objetivo do estudo, a descrição dos instrumentos, a explicação sobre a forma de preenchimento, além do porquê de sua escolha como sujeito para a pesquisa (POLIT; BECK, 2006; GRANT; DAVIS, 1997; DAVIS, 1992; RUBIO, 2003).

Foram convidados 263 profissionais usando a Plataforma Lattes, e-mails pessoais e redes sociais para a seleção. Alguns destes entraram para o grupo dos especialistas após a utilização da técnica de bola de neve, na qual os membros iniciais de uma amostra identificam outros respondentes que satisfazem os critérios de inclusão. Este, é um tipo de amostragem utilizada quando os participantes pertencem a um grupo com traços específicos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A técnica bola de neve foi aplicada visto que houve dificuldade em localizar profissionais com este perfil por meio da Plataforma Lattes, já que muitos não estão

na área de pesquisa e docência, portanto, não disponibilizam seu currículo online. A participação deste grupo de especialistas é respeitável uma vez que a validação do *checklist* deve contemplar a avaliação de aspectos relativos à prática assistencial do recém-nascido em UTIN.

Do total dos 263 convidados, 43 especialistas retornaram o convite e responderam por completo a primeira rodada de validação da pesquisa após o aceite ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Na segunda rodada, os 43 profissionais da primeira foram novamente convidados sendo que destes, 33 retornaram a pesquisa completa. Na terceira rodada, todos que participaram do segundo momento foram novamente convidados e 32 responderam a todos os itens.

A escolha pelo convite a tantos participantes deveu-se ao fato de todos se encaixarem em pelo menos um dos critérios de elegibilidade determinados e por não se ter o conhecimento prévio de quantos retornariam o aceite ao convite. Optou-se por manter todos os especialistas que retornaram à terceira etapa por ser de tamanha importância a avaliação destes para a validação dos instrumentos.

#### **4.5 Os Instrumentos**

Os instrumentos de coleta dos dados para validação de conteúdo com os especialistas foram construídos na plataforma Survey Monkey® e seccionados inicialmente em 3 partes: 1ª) TCLE, 2ª) identificação dos enfermeiros (idade, gênero, estado, cidade, tempo de formação, tempo de atuação na área de neonatologia, formação adicional ocupação atual, local de atuação profissional, característica da instituição de atuação profissional) 3ª) itens avaliativos de cada um dos *checklists* avaliados com as respectivas instruções para o preenchimento: admissão (APÊNDICE C), internação (APÊNDICE D), preparo para a alta (APÊNDICE E).

Os profissionais opinaram sobre pertinência, objetividade, clareza e relevância dos itens do construto e, para isso, valeu-se de respostas em três níveis de concordância utilizando-se a escala do tipo Likert, sendo 1= DISCORDO, 2= NÃO CONCORDO NEM DISCORDO, 3= CONCORDO. Considerou-se adequado para aceitação entre os especialistas apenas aqueles que assinalaram 3. Ressalta-se que para os itens respondidos com 1 (discordo) e 2 (não concordo nem discordo), foi

solicitada justificativa para tal opinião e os mesmos foram revisados, cabendo à pesquisadora a decisão da continuidade dos mesmos no conteúdo dos *checklists* (KIRSHNER; GUYATT, 1985).

#### **4.6 Coleta de dados**

A coleta de dados iniciou-se após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, com período de coleta nos meses de setembro de 2018 para a primeira rodada, outubro para a segunda e novembro do mesmo ano para a terceira rodada. Os especialistas convidados receberam por meio eletrônico o link para acesso à pesquisa através da plataforma Survey Monkey® e somente puderam realizar o preenchimento aqueles que responderam ao aceite ao TCLE.

Para seleção dos especialistas, foram enviadas cartas convite pelo correio eletrônico (e-mail), esclarecendo os objetivos da pesquisa e solicitando ao especialista a participação, bem como a indicação de outros com o mesmo perfil profissional.

Em seguida, os dados foram coletados após o aceite do enfermeiro especialista, com posterior envio do material por e-mail. O material enviado era composto por: a) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); b) instruções para o preenchimento e instrumento de validação e c) *checklists* construídos a partir da revisão.

#### **4.7 Organização e análise dos dados**

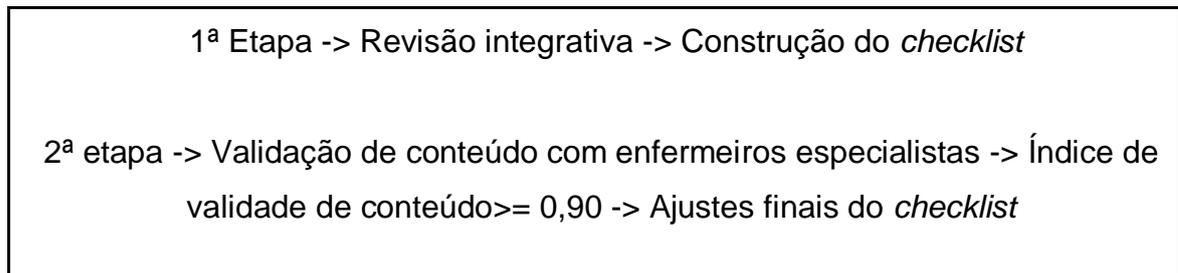
Os dados de identificação dos especialistas e a opinião destes com relação aos itens de verificação dos *checklists* foram compilados na própria plataforma Survey Monkey® e avaliados de acordo com o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Esse método emprega uma escada do tipo Likert. Para avaliar a relevância/representatividade, as respostas podem incluir: 1 = não relevante ou não representativo, 2 = item necessita de revisão para ser representativo, 3 = item relevante ou representativo (LYNN, 1986; RUBIO, 2003). O score do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “3” pelos especialistas (GRANT; DAVIS, 1997). Os itens que receberam pontuação “1”

ou “2” devem ser revisados ou eliminados. Dessa forma, o IVC tem sido também definido como “a proporção de itens que recebe uma pontuação de 3 pelos especialistas”, como utilizado nesta pesquisa (WYND; SCHIMIDT; SCHAEFER, 2002). A fórmula para avaliar cada item individualmente fica assim:

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de respostas “3” (item relevante ou representativo)}}{\text{Número total de respostas}}$$

Para Polit e Beck (2011), a taxa de concordância aceitável entre os juízes para avaliação dos itens individualmente deve ser superior a 0,78. Para a verificação da validade do novo instrumento de uma forma geral, deve haver uma concordância mínima de 0,80 para Grant e Davis (1997) e, preferencialmente, superior a 0,90, como proposto por Polit e Beck (2011) e utilizado neste estudo.

Figura 3 - Etapas da coleta de dados do estudo



Fonte: Confeccionado a partir de dados da pesquisa (2018).

#### 4.8 Aspectos éticos

Esta pesquisa fundamentou-se na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). Sendo assim, todos os participantes assinaram o TCLE após o esclarecimento sobre objetivos da pesquisa e possíveis riscos (APÊNDICE B). O projeto foi apreciado pela Câmara Departamental do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal (ANEXO E) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade sob protocolo CAAE 69001317.0.0000.5149 (ANEXO F).

Para os especialistas que participaram da validação de conteúdo, os riscos foram mínimos e estão relacionados ao potencial constrangimento por exposição dos sujeitos e à quebra de sigilo das informações obtidas na pesquisa. Para

minimizar estes riscos, o preenchimento do instrumento ocorreu por via eletrônica, sendo garantido o direito ao anonimato. Assegurou-se também a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem, garantindo a utilização das informações em benefícios das pessoas, bem como a utilização destas apenas no âmbito deste estudo. A participação não lhes desencadeou complicações legais e não houve remuneração, ou seja, o caráter foi voluntário.

## 5 RESULTADOS

Inicialmente, estão apresentados e discutidos os dados da primeira etapa do estudo, representados pela revisão integrativa.

### 5.1 Revisão Integrativa

Os cuidados de enfermagem com vistas à segurança do paciente internado em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal exigem dos profissionais conhecimento pautado em evidência científica, competência e habilidades necessárias durante toda a assistência do recém-nascido, desde a admissão até a alta. Assim, para realizar a construção de um *checklist*, que seja efetivo no alcance da segurança do recém-nascido, faz-se necessário obter evidências na literatura que subsidiarão os itens propostos.

Diante dessas considerações, realizou-se a revisão integrativa guiada pela questão norteadora: quais os elementos devem compor *checklists* de cuidados de enfermagem com vistas à segurança do recém-nascido internado em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal?

Os 27 artigos selecionados foram organizados em um quadro contendo o título do artigo, os autores e ano de publicação, os objetivos, os principais achados, o nível de evidência e o tipo de estudo. Para melhor compreensão, extraíram-se categorias para análise, as quais foram denominadas:

- Dimensão 1 – Identificação do paciente;
- Dimensão 2 – Comunicação efetiva;
- Dimensão 3 – Segurança medicamentosa;
- Dimensão 4 – Prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde;
- Dimensão 5 – Prevenção de queda;
- Dimensão 6 – Prevenção de lesão de pele.

Quadro 2 – Resultados da revisão integrativa, contendo as informações pertinentes das pesquisas selecionadas  
(Continua)

TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES E ANO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS ACHADOS	NÍVEL DE EVIDÊNCIA	TIPO DE ESTUDO
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>					
<i>Newborns Pose Unique Identification Challenges</i>	Wallace et al., 2016	Explorar eventos de identificação de recém-nascidos relatados às autoridades de Segurança do Paciente da Pensilvânia por meio do Sistema de Relatórios de Segurança do Paciente.	Características únicas da população de recém-nascidos representam desafios para uma identificação precisa e consistente do paciente. Estes podem incluir semelhanças nos identificadores de pacientes, como nomes semelhantes, números de registros médicos e datas de nascimento.	NÍVEL V	Descritivo
Identificação do paciente em neonatologia para assistência segura	Gomes et al., 2017	Identificação do paciente neonato por meio de pulseiras.	O estabelecimento de rotinas institucionais com foco na correta identificação do RN por meio de pulseira, melhora a prática assistencial, e apesar da existência de um protocolo de identificação do paciente, os profissionais não se apropriaram deste.	NÍVEL V	Transversal
<b>COMUNICAÇÃO EFETIVA</b>					
<i>The structured communication tool SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendation) improves communication in neonatology.</i>	Raymond M, Harrison MC., 2014	Determinar a eficácia da adoção da ferramenta de comunicação SBAR em neonatologia.	A adoção da SBAR foi associada à melhora percebida na comunicação entre profissionais e na qualidade e segurança do atendimento ao paciente. Sugere-se que esta ferramenta simples seja introduzida em muitos outros hospitais na África do Sul. Comunicação eficaz, cooperação e trabalho em equipe foram identificados como principais determinantes da segurança do paciente.	NÍVEL IV	Descritivo
<i>Parents' perspectives on safety in neonatal intensive care: a</i>	Lyndon et al., 2014	Descrever como os pais de bebês nas UTIN conceituam a segurança do paciente e os tipos de preocupações que eles têm	Estratégias de inclusão dos pais, respeitando-os como parceiros na segurança, abordando o tratamento clínico intrínseco à segurança física, o	NÍVEL V	Descritivo

<i>mixed-methods study</i>		sobre segurança.	desenvolvimento e o aspecto emocional, resultam em melhorias na comunicação e conseqüentemente na segurança do paciente.		
<i>A descriptive study of nurse-reported missed care in neonatal intensive care units</i>	Tubbys-Coley et al., 2015	Descrever a frequência de cuidados deixados de serem realizados por enfermeiros em uma UTIN e os relatos dos enfermeiros sobre os fatores que contribuem para essa situação.	Enfermeiros mais frequentemente deixaram de realizar os cuidados orais para bebês ventilados, educar e envolver os pais nos cuidados. Os motivos mais comuns para a falta de cuidados incluíram interrupções frequentes, situações urgentes do paciente e um aumento inesperado no de demanda do paciente na unidade. Os achados sugerem que o acolhimento e a comunicação efetiva com os familiares são estratégias significativas para o cuidado seguro em neonatologia, incluindo a preparação para alta e plano de cuidados para bebês e pais	NÍVEL V	Descritivo
Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais	Gonçalves et al., 2016	Identificar fatores relacionados à segurança do paciente quanto à comunicação no processo de passagem de plantão das equipes de enfermagem em UTIN.	Foram verificados comportamentos não benéficos à segurança do paciente durante a passagem de plantão, como os atrasos, saídas antecipadas, conversas paralelas e não utilização de recursos tecnológicos. Conclui-se que algumas práticas mostraram-se frágeis e mudanças são necessárias para garantir segurança da comunicação na passagem de plantão e nortear as práticas de cuidados realizadas.	NÍVEL V	Descritivo
<i>Using Health Information Technology to Improve Safety in Neonatal Care</i>	Melton et al., 2017	Avaliar as evidências das intervenções de uso específico da Tecnologia da Informação em Saúde para melhorar a segurança do paciente na assistência neonatal.	O uso de tecnologia da informação na saúde ajuda na identificação de erros, prevenção de erros, ajuda na tomada de decisão, melhoria na comunicação.	NÍVEL I	Revisão sistemática

A participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspectiva do enfermeiro	Sousa et al., 2017	Compreender a influência da participação da família na segurança da do paciente em Unidades Neonatais, na perspectiva do enfermeiro.	O envolvimento dos familiares como parceiros críticos contribui para uma melhor comunicação na neonatologia, conseqüentemente para a segurança e prevenção de eventos adversos.	NÍVEL V	Descritivo
<i>Parents' Perspectives on Navigating the Work of Speaking Up in the NICU</i>	Lyndon et al., 2017	Descrever as perspectivas dos pais e a probabilidade de se manifestar sobre as questões de segurança na UTIN.	O envolvimento dos familiares como parceiros críticos contribui para a segurança e prevenção de eventos adversos por meio da comunicação mais efetiva.	NÍVEL V	Descritivo
<b>SEGURANÇA MEDICAMENTOSA</b>					
<i>Frequency of dosage prescribing medication errors associated with manual prescriptions for very preterm infants</i>	Horri et al., 2014	Avaliar a taxa de erros de medicações relacionados à prescrição manual na população de alto risco de prematuros extremos (IG<33 semanas) em um sistema de prescrição mista.	46,8% dos medicamentos prescritos manualmente estavam fora do rótulo ou não licenciados, sem diferenças significativas entre as prescrições com ou sem erro de dose. Prescrições manuais e mistas devem ser totalmente evitadas em unidades neonatais, pois acarretam em maiores erros decorrentes de falhas de comunicação.	NÍVEL V	Descritivo
<i>Medication errors in neonatal care: A systematic review of types of errors and effectiveness of preventive strategies</i>	Santesteban ; Arena; Campino, 2015	Revisar a literatura sobre a frequência e os tipos de erros de medicação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e a eficácia de estratégias preventivas.	Sistemas médicos informatizados de entrada de prescrição e sistemas de gerenciamento de código de barras e conferência dos medicamentos previnem erros.	NÍVEL I	Revisão integrativa
<i>Smart pumps and random safety audits in a Neonatal Intensive Care Unit: a new challenge for</i>	Bergon-Sendin et al., 2015	Avaliar e comparar a frequência do uso adequado dos sistemas de segurança da bomba de infusão em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) antes e após as intervenções de melhoria da	Softwares de segurança em bombas de infusão aliado ao estabelecimento de protocolo e treinamento são estratégias eficazes para adequar o uso da medicação EV.	NÍVEL V	Observacional

<i>patient safety</i>		qualidade e analisar os dados de programação da medicação intravenosa.			
<i>Prescribing errors in a Brazilian neonatal intensive care unit</i>	Machado et al., 2015	Conhecer a frequência dos erros de prescrição em uma UTIN de um hospital universitário, bem como os pacientes susceptíveis, os tipos de erros e os medicamentos envolvidos.	Erros de diluição, dose e intervalo são os erros mais comuns especialmente em prematuros. Esses pontos precisam de maior cuidado e controle.	NÍVEL V	Transversal
<i>Neonatal ICU System Safety: A Pilot Test for Medication Error by Using Fuzzy Grey Relational Analysis</i>	Zhang X et al., 2017	Analisar os riscos/quase erros decorrentes do sistema de trabalho durante o processo das 5 etapas do uso de medicação em 3 UTINs de Pequim, China	Os maiores fatores de risco sistêmico foram a falta de informações críticas sobre medicamentos; problemas ambientais, de pessoal e de fluxo de trabalho e a falta de formação de pessoal.	NÍVEL V	Descritivo
<b>PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>					
<i>Compliance of Healthcare Workers with Hand Hygiene Practices in Neonatal and Pediatric Intensive Care Units: Overt Observation</i>	Karaaslan et al., 2014	Avaliar a conformidade da higiene das mãos (HH) dos profissionais de saúde (PS) na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e pediátrica em um hospital universitário terciário em Istambul.	A adesão à prática de higiene das mãos e ao uso de desinfetante à base de álcool foi considerada muito baixa. Programas eficazes de educação que melhorem a adesão à higiene das mãos e o uso de desinfetantes disponíveis no leito podem ser úteis para aumentar a adesão.	NÍVEL V	Descritivo
<i>Compliance with prevention practices and their association with central line-associated bloodstream infections in neonatal intensive care units.</i>	Zachariah et al., 2014	Descrever a implementação e os níveis de conformidade das práticas preventivas em uma amostra nas unidades de cuidados intensivos neonatais (UTN) dos EUA e avaliar sua associação com as taxas de infecções da corrente sanguínea associadas à cateter central.	Higienização das mãos, uso de clorexidine, barreiras máximas de proteção e revisão da manutenção e cateter são medidas importantes na prevenção de infecção associada ao cateter.	NÍVEL V	Descritivo

<i>Reducing ventilator-associated pneumonia in neonatal intensive care unit using “VAP prevention Bundle”: a cohort study</i>	Azab et al., 2015	Avaliar a eficácia do “pacote de prevenção pneumonia associada a ventilação (PAV)” na redução da taxa de PAV em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).	A implementação do <i>bundle</i> de controle de infecções multifacetadas resultou na redução da taxa de PAV, tempo de permanência em uma UTIN.	NÍVEL IV	Coorte
<i>Sustained Reduction in Bloodstream Infections in Infants at a Large Tertiary Care Neonatal Intensive Care Unit</i>	Neill et al., 2016	Demonstrar que uma baixa incidência de infecções da corrente sanguínea pode ser mantida ao longo do tempo em uma UTIN de atenção terciária.	Intervenções que focam na limpeza do ambiente, orientação do cuidador, cuidados no acesso central e cultura de segurança do paciente são eficazes na redução de incidências de infecção de corrente sanguínea.	NÍVEL III	Quase-experimental
Adesão ao <i>bundle</i> de inserção de cateter venoso central em unidades neonatais e pediátricas	Araújo et al., 2017	Descrever o comportamento observado dos profissionais da UTIN e UTIP segundo os itens do <i>bundle</i> de inserção de cateter venoso central, bem como o perfil clínico e de nascimento de neonatos e crianças que receberam os dispositivos.	Higienização das mãos, uso de <i>clorexidine</i> , barreiras máximas de proteção e revisão da manutenção e cateter são medidas importantes na prevenção de infecção associada ao cateter.	NÍVEL V	Observacional
<b>PREVENÇÃO DE QUEDA</b>					
<i>A Comprehensive Initiative to Prevent Falls Among Newborns</i>	Ainsworth et al; 2016	Compreender quais intervenções poderiam ser úteis na prevenção de quedas em recém-nascido.	O comitê desenvolveu uma política e um procedimento para lidar com quedas entre RN, criou programas de educação e ferramentas para a equipe e postou sinalização nos quartos das mães. Também atualizou os cartões de berço para incluir informações sobre quedas e sono seguro e revisaram as orientações de admissão de RN para os pais, com informações adicionais sobre a	NÍVEL IV	Descritivo

			prevenção das quedas. A incidência destas nos RN diminuiu após a implementação de tais mudanças.		
Queda de recém-nascido internado em Alojamento Conjunto	Torino et al., 2016	Descrever as ocorrências de queda de recém-nascido no ambiente hospitalar	A falta de informação sobre quedas intra-hospitalar de RN mostra que este problema é pouco estudado e que os esforços para evitar estas quedas são inadequados. Além disso, o compartilhamento do leito é prática comum entre as mães, apesar das orientações a respeito dos riscos ao RN. É preciso, ainda, chamar atenção para as condições maternas no pós-parto, sobretudo quanto à manifestação de sonolência/cochilo quando sentada na cadeira com o bebê no colo.	NÍVEL IV	Descritivo
<b>PREVENÇÃO DE LESÃO DE PELE</b>					
<i>Under pressure: preventing pressure Ulcers in critically ill infants</i>	Schindler et al., 2013	Determinar se um <i>bundle</i> sobre prevenção de úlceras por pressão estava associado a uma redução significativa no desenvolvimento de úlceras por pressão em crianças na UTIP e UTIN.	As úlceras por pressão podem ser prevenidas nos pacientes mais vulneráveis com a implementação consistente de intervenções baseadas em evidências científicas e sistemas de suporte para auxiliar os enfermeiros com a mudança na prática.	NÍVEL III	Quase experimental
<i>Randomized, Controlled Trial Evaluating a Baby Wash Product on Skin Barrier Function in Healthy, Term Neonates</i>	Lavender et al., 2013	Examinar se um produto formulado para o banho do RN não é inferior ao banho apenas com água.	Os achados fornecem segurança aos pais, que optam por produtos neutros ou outros produtos para limpeza tecnicamente equivalentes, e evidências aos profissionais de saúde para apoiarem a escolha dos pais.	NÍVEL II	Ensaio clínico
<i>Hydrocolloid to prevent breakdown of nares in preterm infants</i>	Morris; Behr; Smith, 2015	Determinar se um curativo hidrocolóide de dupla barreira previne o traumatismo das narinas e columela em RN de muito baixo peso (< 1500g) recebendo oxigênio da cânula	O curativo pode ter protegido a pele mais imatura dos bebês. Os enfermeiros precisam de educação adequada sobre a aplicação consistente da barreira de hidrocolóide e de documentar os escores de avaliação da	NÍVEL IV	Caso-controle

		nasal úmida de alto fluxo aquecida.	pele a cada turno para promover a proteção da pele nessa população vulnerável.		
<i>Recommendations from a European Roundtable Meeting on Best Practice Healthy Infant Skin Care</i>	Blume-Peytavi et al., 2016	Mostrar as recomendações da primeira mesa redonda europeia sobre os banhos e limpeza de crianças publicadas em 2009 e atualizar estas recomendações à luz de novos dados pautados em evidência científica.	Para banho deve ser utilizado apenas água ou sabonetes líquidos adequadamente produzidos, sem prejudicar o processo de maturação da pele. A área da fralda deve ser mantida limpa e ser suavemente higienizada com bolas de algodão / quadrados e água ou usando lenços apropriadamente desenhados. Emolientes apropriadamente formulados podem ser usados para manter e melhorar a função de barreira da pele. Óleos para bebês formulados apropriadamente podem ser aplicados para hidratação da pele. Os produtos para bebês devem ser formulados para tamponar e manter a superfície da pele dos bebês em aproximadamente pH 5,5, e as formulações e seus ingredientes constituintes devem ter sido submetidos a um extenso programa de testes de segurança.	NÍVEL V	Descritivo
<i>Neonatal skin care: what should we do? A four-week follow-up randomized controlled trial at Zagazig University Hospitals</i>	Amer et al., 2017	Avaliar a eficácia dos cuidados com a pele no período neonatal, promovendo o desenvolvimento normal da pele e a proteção da função cutânea ótima, evitando diferentes distúrbios cutâneos neonatais que causam infecções de pele.	Os cuidados adequados e boa higiene da pele neonatal são essenciais para manter a função de barreira da pele e saúde em geral. Portanto, é sensato usar produtos de limpeza que foram especialmente desenvolvidos para a pele do bebê, que possuam pH neutro e que sejam muito suaves para evitar dermatites irritantes e dermatites alérgicas.	NÍVEL II	Ensaio clínico randomizado
<i>Skin care of premature newborns: integrative review</i>	Aredes, Santos e Fonseca, 2017	Descrever e analisar evidências científicas e, estudos nacionais e internacionais sobre assistência de enfermagem à integridade da	Os resultados permitiram constatar que apesar da variedade de produtos disponíveis, faltam evidências para sua aplicação na prática. Periodicidade e	NÍVEL V	Descritivo

pele e recém-nascidos pré-  
termos na UTIN.

produtos do banho e cuidados à lesão  
por pressão foram mais bem abordados  
pela literatura, porém há lacunas na  
prevenção de infecções e agravos e na  
utilização de protocolos.

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Quanto ao delineamento da pesquisa, os estudos descritivos foram mais frequentes (70,40%), o que mostra uma escassez de estudos com evidência científica forte. As maiorias das publicações são de estudos conduzidos na América do Norte (33,34%), seguidos por estudos conduzidos na América do Sul (29,63%).

Quanto à distribuição temporal, observou-se um número maior de publicações no ano de 2017 (29,63%), seguido do ano 2015 (22,23%) e 2016 (22,22%) respectivamente.

Para melhor organização dos dados, os resultados seguem os agrupamentos temáticos proposto nesta pesquisa, baseados nas Metas Internacionais da Segurança do Paciente e no Programa Nacional de Segurança do Paciente.

- **Identificação do paciente**

No que tange ao conteúdo dos artigos selecionados, observou-se uma escassez de estudos relacionados à identificação do paciente. A identificação por meio das pulseiras é um método eficiente, financeiramente acessível e que pode evitar eventos adversos na prestação da assistência ao recém-nascido. A pulseira deve conter no mínimo dois identificadores, como nome completo da mãe, data de nascimento, número do prontuário, todos legíveis, com impressão durável, impermeável, segura, inviolável, devendo ser ajustável em tamanho a fim de melhor adequar aos pacientes (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013a).

A semelhança física entre os neonatos pode culminar em falhas na identificação antes de algum procedimento. Outro ponto importante que pode induzir ao erro é o fato destes pacientes não poderem participar do processo de conferência da identificação, necessitando que a família faça por ele (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013a).

No estudo de Gomes et al. (2017), foi constatado que em 200 observações, 155 (77,50%) neonatos apresentavam pulseiras de identificação. Enquanto uma pesquisa desenvolvida em uma UTIN da Pensilvânia, estimou que 1,7 ou quase 2 eventos relacionados à identificação de recém-nascidos ocorrem diariamente no país, afetando 4,6 recém-nascidos por cada 1.000 nascimentos ou 1 recém-nascido para cada 217 nascidos vivos (WALLACE et al., 2016).

Com base nesses achados os estudos sugerem algumas estratégias para prevenção de erros com identificação, tais como a verificação das informações

legíveis e completas com o acompanhante, considerando pelo menos dois identificadores além de fornecer conscientização aos profissionais de saúde sobre o potencial risco de erros de identificação (WALLACE et al., 2016).

- **Comunicação efetiva**

Em relação à comunicação efetiva, um dos estudos apresentou o SBAR (Situação, Contexto, Avaliação e Recomendação) como uma ferramenta de comunicação recomendada pela Organização Mundial de Saúde e pelo Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido. O SBAR é um método estruturado para comunicar informações críticas que requerem atenção e ação imediatas, contribuindo para a escala efetiva do gerenciamento e aumentando a segurança do paciente (RAYMOND; HARRISON, 2014). Nesse contexto, outro estudo adverte que durante a comunicação na passagem de plantão, quando é realizada na modalidade verbal de forma isolada, podem ocorrer fragilidades e a baixa retenção de informações, devido à grande quantidade de dados repassados. Assim, sugere-se que os registros sejam escritos para garantir a integralidade das informações (LYNDON et al., 2014).

Na área da comunicação ainda, uma revisão sistemática mostrou que as intervenções de tecnologia da informação em saúde têm sido cada vez mais utilizadas no cuidado neonatal, a fim de aperfeiçoar a comunicação. Porém, os autores alertam que essa tecnologia precisa ser testada adequadamente antes da adoção completa (MELTON et al., 2017).

Os demais estudos focaram na comunicação efetiva entre profissionais e família como estratégia de segurança do paciente. Assim, ressaltaram a importância das orientações aos familiares serem realizadas de forma simples, com linguagem acessível para facilitar a compreensão dos pais, encorajar a família para que pergunte em caso de dúvidas e que participe do plano de cuidados do paciente (RAYMOND; HARRISON, 2014). Ademais, estudo alerta que quando a família apresenta uma comunicação efetiva com os profissionais de saúde, pode trazer contribuições importantes à segurança e à prevenção de eventos adversos com benefícios para além da internação, como mais confiança e segurança para o cuidado com o bebê na alta. Essa contribuição acontece na detecção precoce de incidentes, como, por exemplo, na administração de medicamentos, sinalização de

possíveis alergias e vigilância da higiene das mãos dos profissionais (SOUSA et al., 2017).

- **Segurança medicamentosa**

No que diz respeito a segurança na terapia medicamentosa em neonatos, os autores salientam que esse processo é complexo, pois além das etapas onde o erro pode ocorrer (prescrição, transcrição, dispensação, preparo e administração), faltam pesquisas sobre a farmacocinética e farmacodinâmica de medicamentos quando relacionados ao peso e à idade gestacional, dificultando o monitoramento das ações e sua indicação (SANTESTEBAN; ARENA; CAMPINO, 2015).

Por meio desta revisão, revelam-se as práticas já adotadas nas unidades, experiências bem sucedidas, que reforçam a segurança do neonato, como o uso de sistemas médicos informatizados, Softwares de segurança em bombas de infusão, dupla checagem, estabelecimento de protocolos, instrumentos de sistematização e treinamento, importância da prescrição médica clara e legível e disponibilização de formas farmacêuticas específicas para neonatos (SANTESTEBAN; ARENA; CAMPINO, 2015; ZHANG et al., 2017).

Os sistemas de informação na área da saúde são novos. Isto porque a tecnologia da informação aplicada à saúde é cara e sua implantação exige muito esforço. Até pouco tempo esses sistemas na saúde eram pesados e pouco manuseáveis, mas este quadro está mudando (CARDOSO, 2013).

A prescrição médica deve ser feita de forma clara, legível e conter informações com indicadores específicos para o paciente para o qual aquela medicação foi prescrita. Ainda, o agente prescritor deve especificar data e hora da prescrição, seu nome completo, registro profissional e assinatura (RADLEY et al., 2013). Por sua vez, a equipe de enfermagem precisa ter conhecimento sobre possíveis alergias, forma de preparo e administração da droga, indicação e efeitos os quais precisam ser repassados aos familiares (ZHANG et al., 2017).

- **Prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde**

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) são um grave problema de saúde no Brasil, acarretam aumento de custos hospitalares onerando o

sistema de saúde e elevam as taxas de morbimortalidade dos pacientes, principalmente, quando se trata de crianças muito vulneráveis. Nesse sentido, iniciativas de higienização de mãos são implantadas, uma vez que é uma medida de eficácia comprovada na prevenção das infecções (BRASIL, 2009b).

Higienizar as mãos é uma ação simples, individual, menos dispendiosa para prevenção de propagação de IRAS (BRASIL, 2009b) com vistas à segurança de pacientes e profissionais envolvidos no processo de cuidado (BRASIL, 2013b). Nesse contexto, estudo em Istambul reforçou que programas eficazes de educação que melhorem a adesão à higiene das mãos e o uso de antissépticos disponíveis no leito podem ser úteis para diminuir o risco de infecção (KARAASLAN et al., 2014).

Estratégias têm sido desenvolvidas para diminuir a ocorrência de eventos adversos relacionados ao uso de cateteres. Destacam-se entre elas as diretrizes propostas pelo *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, denominadas *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections* (O'GRADY et al., 2011).

Uma dessas estratégias é o uso de *bundle*, um conjunto de cuidados que devem ser aplicados de maneira sistematizada pela equipe em cada etapa da assistência. Dessa forma, a higienização das mãos, o uso de clorexidine, as barreiras máximas de proteção e a revisão da manutenção de cateter são medidas importantes na prevenção de infecção associada a cateter. Embora o *bundle* reúna medidas com alto nível de evidência científica para prevenção de infecções, no estudo de Karaslan et al. (2014) identificou-se uma baixa adesão à prática de higiene das mãos e o uso de desinfetante à base de álcool na realização da antisepsia. Porém, outros dois estudos mostraram uma redução importante das taxas de infecção relacionado ao cateter com a maior adesão dos profissionais ao *bundle* (NEILL et al., 2016). Esses achados reforçam a importância do maior investimento na educação permanente da equipe (ARAÚJO et al., 2017).

Um estudo selecionado retratou, que por meio da implementação do *bundle*, houve uma redução da taxa de pneumonia associada a ventilação, ao utilizarem tais ações: elevação da cabeceira da cama 30-45°, reforço da prática de higiene das mãos, técnica estéril de aspiração, troca do circuito de ventilação quando sujo, higienização oral com o uso de clorexidina e avaliação diária quanto a extubação do bebê (AZAB et al., 2015).

Com base nos achados, pode-se concluir que a higienização das mãos é a evidência principal para os *bundles* e para redução de infecção associada à assistência à saúde.

- **Prevenção de queda**

O protocolo de prevenção de quedas da ANVISA/Ministério da Saúde propõe a redução de queda de pacientes hospitalizados durante o período de internação, por meio de ações que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais (BRASIL, 2013e).

A falta de informação sobre quedas de recém-nascido no ambiente intra-hospitalar mostra que este problema é pouco estudado e que os esforços para evitar essas quedas ainda são insipientes (TORINO et al., 2016). Estudo realizado em uma UTIN desenvolveu uma política para lidar com quedas entre recém-nascidos, por meio de educação permanente e criação de ferramentas para a equipe, além da orientação da família. Ademais, também foram utilizados cartões de berço para incluir informações sobre quedas e sono seguro. Essas iniciativas contribuíram para a redução da incidência de queda de recém-nascidos (AINSWORTH et al., 2016).

- **Prevenção de lesão de pele**

A ANVISA instituiu também o protocolo de ações de prevenção a lesões de pele e úlceras por pressão (UPP) em decorrência do período de hospitalização do paciente, condição esta que aumenta proporcionalmente com os fatores de risco, tais como prematuridade, restrição ao leito, condição nutricional e outros (BRASIL, 2013e).

Em 2016, a primeira mesa redonda europeia sobre banhos e limpeza de crianças propôs recomendações embasadas na análise de estudos nacionais e internacionais nessa área. Assim, esta sugeriu que no banho deve ser utilizada apenas água ou associada a sabonetes líquidos adequadamente produzidos sem prejudicar o processo de maturação da pele. A área de fralda deve ser mantida limpa e ser suavemente higienizada com bolas de algodão/ quadrados e água ou usando lenços apropriadamente destinados a este fim. Emolientes apropriadamente

formulados podem ser usados para manter e melhorar a função de barreira da pele. Óleos para bebês formulados apropriadamente podem ser aplicados para hidratação da pele. Os produtos para bebês devem ser formulados para tamponar e manter a superfície da pele dos bebês com pH de aproximadamente 5,5 e as formulações e seus ingredientes constituintes devem ter sido submetidos a um extenso programa de testes de segurança (BLUME-PEYTAVI et al., 2016).

Os resultados de uma revisão permitiram constatar que, apesar da variedade de produtos disponíveis para prevenir e tratar tais lesões, faltam evidências para sua aplicação na prática. Periodicidade e produtos do banho e cuidados à lesão por pressão foram melhor abordados pela literatura, porém há lacunas na prevenção de infecções e agravos e na utilização de protocolos (AREDES; SANTOS; FONSECA, 2017).

Ressalta-se que após a realização da revisão integrativa, constatou-se escassez de evidências nos estudos encontrados em todas as áreas de segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Assim, considerou-se relevante acrescentar outras fontes também importantes para subsidiar a elaboração dos *checklists*, como manuais e protocolos da OMS e do MS, os quais são considerados estruturantes na temática abordada.

## **5.2 Construção dos *checklists* e a validação de conteúdo**

O convite foi enviado a 263 enfermeiros especialistas e foi aceito por 43 (16,35%) para a primeira rodada, porém, apenas 32 (12,17%) participaram das três rodadas e compuseram a amostra que validou o conteúdo dos instrumentos após a realização dos ajustes por eles sugeridos.

Dos 111 itens existentes inicialmente no total nos três instrumentos, 41 foram ajustados para a segunda etapa e 13 para a terceira etapa. Destes 13 itens da última rodada, um deles e sua respectiva instrução foram excluídos da versão final do *checklist* de admissão por ter alcançado IVC 0,88 na última rodada e recebido dos especialistas justificativas pertinentes para sua exclusão.

O *checklist* de admissão finalizou-se com duas páginas (frente e verso), sendo que as dimensões “identificação do paciente”, “comunicação efetiva”, “prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde”, “prevenção de queda” e “prevenção de lesão de pele” apresentaram três itens cada, enquanto a dimensão

“segurança medicamentosa” apresentou dois itens. No verso estão contidas as instruções correspondentes a cada item (APÊNDICE C).

O *checklist* de internação foi estruturado em duas páginas (frente e verso), tendo as dimensões “identificação do paciente”, “comunicação efetiva”, “prevenção de queda” e “prevenção de lesão de pele” três itens cada. A dimensão “segurança medicamentosa” apresentou quatro itens e a “prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde”, cinco. No verso estão contidas as instruções correspondentes a cada item (APÊNDICE D).

O último *checklist*, o de preparação para a alta, finalizou também com duas páginas (frente e verso), tendo as dimensões “identificação do paciente”, “comunicação efetiva”, “prevenção de infecção”, “prevenção de queda” e “prevenção de lesão de pele” um item cada, enquanto a dimensão “segurança medicamentosa” ficou dividida em dois itens. Assim como os demais, no verso deste instrumento estão contidas as instruções correspondentes a cada item (APÊNDICE E).

### 5.2.1 Caracterização dos especialistas

A seguir, na TAB. 1, encontra-se a caracterização dos especialistas, segundo dados sociodemográficos e acadêmicos.

Tabela 1 – Caracterização dos especialistas participantes do estudo

(Continua)

Variáveis	N	%	Média ± DP
<b>Idade (anos)</b>			
28-32	7	21,88	40,34±8,12
33-37	7	21,88	
38-42	5	15,63	
43-47	6	18,75	
48-52	6	18,75	
53-58	1	3,12	
<b>Gênero</b>			
Feminino	31	96,87	
Masculino	1	2,33	
<b>Tempo de formação (anos)</b>			
Até 5	2	6,25	16±8,49
6 a 10	7	21,88	
11 a 15	8	25	
16 a 20	7	21,88	
21 a 25	2	6,25	
26 ou mais	6	18,75	

Tabela 1 – Caracterização dos especialistas participantes do estudo

(Conclusão)

Variáveis	N	%	Média ± DP
<b>Tempo de atuação na área neonatal (anos)</b>			
Até 5	6	18,75	13,22±8,16
6 a 10	7	21,88	
11 a 15	8	25,00	
16 a 20	5	15,63	
21 a 25	2	6,25	
26 ou mais	4	12,50	
<b>Formação adicional</b>			
Residência em neonatologia	5	15,63	
Especialização em neonatologia	14	43,75	
Mestrado em saúde da criança	6	18,75	
Doutorado em saúde da criança	5	15,63	
<b>Ocupação atual</b>			
Assistencial	14	43,75	
Ensino/pesquisa	16	50,00	
Gestão	9	28,13	
Outro	2	6,25	
<b>Local de atuação profissional</b>			
Hospital	21	65,23	
Instituição de ensino/ pesquisa	17	46,88	
Outro	5	15,63	
<b>Característica da instituição de atuação profissional</b>			
Pública	26	81,25	
Privada	8	25,00	
Filantrópica	0	0	
Outro	1	3,13	
<b>Macro-região</b>			
Norte	1	3,13	
Nordeste	1	3,13	
Centro-Oeste	2	6,25	
Sudeste	24	75,00	
Sul	4	12,50	

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

### 5.2.2 Validade de Conteúdo

A fim de facilitar o entendimento dos resultados, os índices foram apresentados inicialmente de forma global para cada um dos três *checklists*: “Segurança do paciente no cuidado de enfermagem para a admissão em unidades de terapia intensiva neonatal”, “Segurança do paciente no cuidado de enfermagem na internação em unidades de terapia intensiva neonatal” e “Segurança do paciente

no preparo para a alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”. Dessa maneira, verificaram-se respectivamente os IVC de 0,94; 0,95 e 0,95.

Posteriormente, os índices foram apresentados individualmente para cada item dos *checklists*. O QUADRO 3 apresenta o IVC do título, da instrução de preenchimento e do cabeçalho relativos ao *checklist* do período da admissão e o QUADRO 4 apresenta o IVC dos itens a serem checados relativos ao mesmo período, com suas respectivas orientações de preenchimento. A saber, os itens foram divididos entre as dimensões: “identificação do paciente”, “comunicação efetiva”, “segurança medicamentosa”, “prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde”, “prevenção de queda” e “prevenção de lesão de pele”.

Os itens foram nomeados com a sigla “AD” (de admissão) seguida do número do item, em sequência, e suas respectivas instruções com a sigla “Ins. AD” (de instrução do item da admissão) seguido do mesmo número correspondente à sua questão. A fim de facilitar a visualização, cada par contendo o item e sua instrução foi apresentado em cores semelhantes.

Quadro 3 – Índice de validade de conteúdo do título, orientação para o preenchimento e cabeçalho do instrumento de admissão na primeira, segunda e terceira rodadas.

	<b>PRIMEIRA RODADA (N =43)</b>	<b>N IVC</b>	<b>SEGUNDA RODADA (N =33)</b>	<b>N IVC</b>	<b>TERCEIRA RODADA (N=32)</b>	<b>N IVC</b>
<b>TÍTULO DO INSTRUMENTO</b>	<i>Checklist</i> de segurança do paciente neonatal – admissão	38 0,88	<i>Checklist</i> para a segurança do paciente no cuidado de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal na admissão	28 0,85	<i>Checklist</i> de segurança do paciente no cuidado de enfermagem para a admissão em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal	30 0,94
<b>ORIENTAÇÃO PARA O PREENCHIMENTO</b>	Deverá ser preenchido pelo enfermeiro que participou do processo de admissão, em parceria com o técnico em enfermagem, em até 3 horas após o horário de chegada do recém-nascido à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Ficará próximo ao leito em local visível para todos os profissionais e familiares do paciente.	36 0,84	Deverá ser preenchido pelo enfermeiro responsável pela admissão do RN à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, imediatamente após sua estabilização respiratória e hemodinâmica. Mantê-lo próximo ao leito, em local visível, de fácil acesso aos profissionais e familiares do paciente. Seguem abaixo na sequência do <i>checklist</i> as instruções para cada item.	31 0,94		
<b>CABEÇALHO</b>	Paciente - Data - Registro - Idade gestacional corrigida – Sexo (Feminino ou Masculino) – Prontuário - Alergia – Leito - Data de nascimento	14 0,33	Nome da mãe - Nome do RN - Número do leito – Prontuário – Sexo (Feminino, Masculino ou Indefinido) - Data de Nascimento - Dias de vida - Dias de internação - Horário de nascimento - APGAR (1ºmin/ 5º min) - Idade gestacional na data do nascimento - Idade corrigida - Peso de nascimento - Peso de admissão - Complicações ao nascer? Se sim, qual (is)? - Informações maternas relevantes	28 0,85	Nome da mãe - Nome do RN - Número do leito – Prontuário – Sexo (Feminino, Masculino ou Indefinido) - Data de Nascimento - Dias de vida - Horário de nascimento - Idade gestacional ao nascimento - Idade corrigida - APGAR (1ºmin/ 5º min) - Peso de nascimento - Peso de admissão	29 0,91

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Legenda: N = número de especialistas/ IVC = Índice de validade de conteúdo.

Quadro 4 – Índice de validade de conteúdo dos itens do instrumento de admissão e sua respectiva instrução na primeira, segunda e terceira rodadas.

(Continua)

PRIMEIRA RODADA (N =43)	N IVC	SEGUNDA RODADA (N =33)	N IVC	TERCEIRA RODADA (N=32)	N IVC
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>					
AD 1 - Pulseira afixada em um dos membros inferiores contendo o nome da mãe e o número de prontuário, legíveis.	27 0,63	Pulseira afixada em um dos membros inferiores, preferencialmente, contendo o nome da mãe sem abreviaturas e data de nascimento do RN, legíveis.	30 0,91		
Ins. AD1 - Checar se a pulseira de identificação está presente e afixada preferencialmente no tornozelo e contém informação do nome da mãe e o número do prontuário do recém-nascido. Outras informações podem constar como data e hora de nascimento, peso, número de registro e nome do RN.	32 0,74	Checar se a pulseira de identificação está presente e afixada preferencialmente em um dos tornozelos, contendo no mínimo o nome da mãe, data, hora de nascimento, sexo e número do registro hospitalar.	29 0,88	Checar se a pulseira de identificação está presente e afixada preferencialmente em um dos tornozelos, contendo o nome da mãe sem abreviaturas e data de nascimento do RN, legíveis.	30 0,94
AD 2 - Dados da pulseira do RN conferidos com os dados maternos através do prontuário com um acompanhante ou um adicional profissional de saúde.	37 0,88	Dados da pulseira do RN conferidos com os dados maternos por meio da dupla checagem com o pai, um acompanhante ou outro profissional de saúde (na ausência dos primeiros).	3 0,91		
Ins. AD 2 - Checar com um membro da família ou acompanhante autorizado pela mãe, na sua ausência, se os dados da pulseira de identificação conferem com os dados maternos. Caso não estejam presentes, outro profissional de saúde poderá realizar tal conferência.	42 0,98				
AD 3 - Placa de identificação do leito	28	Placa de identificação do leito	28	Placa de identificação do RN afixada	29

contendo o nome da mãe e o número de prontuário, legíveis.	0,68	contendo o nome da mãe, nome do RN, sexo, número do registro hospitalar, data, hora e peso de nascimento, legíveis.	0,85	no berço ou incubadora contendo o nome da mãe sem abreviaturas, nome do RN, sexo, número do registro hospitalar, data de nascimento e data de admissão, legíveis.	0,91
Ins. AD 3 - Checar se existe placa de identificação no leito contendo nome da mãe e o número de prontuário. Outras informações podem constar como data e hora de nascimento, peso, número de registro e nome do RN.	37 0,86	Checar a existência de placa de identificação no leito contendo o nome da mãe, nome do RN, sexo, número do registro hospitalar, data, hora e peso de nascimento.	29 0,88	Checar a existência de placa de identificação do RN afixada no berço ou incubadora contendo o nome da mãe sem abreviaturas, nome do RN, sexo, número do registro hospitalar, data de nascimento e data de admissão.	32 1
<b>COMUNICAÇÃO EFETIVA</b>					
AD 4 - Acompanhante orientado com linguagem acessível quanto à rotina do setor e indicação da internação, o qual deverá explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber, a fim de que não ocorra falha no entendimento.	38 0,90				
Ins. AD 4 - Checar se o acompanhante foi orientado e compreendeu as informações recebidas (através da repetição das orientações) quanto às rotinas do setor como higiene das mãos, restrição de permanência na unidade apenas no leito do paciente, redução de ruídos, uso restrito do aparelho celular, livre acesso dos pais para acompanhamento do RN, liberação de visitas, além da indicação clínica que justifica a internação.	34 0,79	Checar se o acompanhante foi orientado e compreendeu as informações recebidas (por meio da repetição das orientações) quanto às rotinas do setor como higiene das mãos, redução de ruídos, proibição do uso do aparelho celular, livre acesso dos pais para acompanhamento do RN (permanecendo apenas na área do leito do paciente) e regras para liberação de visitas.	31 0,94		
AD 5 - Acompanhante encorajado a estar ao lado do RN.	39 0,91				

Ins. AD 5 - Checar se o acompanhante, preferencialmente mãe ou pai, foi encorajado a estar ao lado do RN durante o período de permanência deste na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, uma vez que o Estatuto da Criança e do Adolescente garante a permanência do acompanhante em período integral, além da participação efetiva dos familiares contribuir no processo de segurança do paciente.	39 0,91				
AD 6 - Acompanhante orientado quanto aos procedimentos a serem realizados e quanto aos cuidados oferecidos ao RN na admissão, o qual deverá explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber, a fim de que não ocorra falha no entendimento.	42 0,98				
Ins. AD 6 - Checar se o acompanhante está ciente e se compreendeu as informações recebidas (através da repetição das orientações) quanto à necessidade e importância dos procedimentos e dos cuidados a serem realizados com o RN durante o processo de admissão na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	39 0,91				
<b>SEGURANÇA MEDICAMENTOSA</b>					
AD 7 - Profissional de enfermagem orientado quanto à segurança no processo de administração de medicamentos (paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta	36 0,84	Profissional de enfermagem orientado quanto ao processo seguro da administração de medicamentos, o qual deverá explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber, a fim de que não ocorra falha no entendimento.	29 0,88	Profissional de enfermagem responsável pelo leito ciente do processo seguro da administração de medicamentos.	28 0,88

certa), o qual deverá explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber, a fim de que não ocorra falha no entendimento.			
Ins. AD 7 - Checar se o profissional de enfermagem tem ciência, se compreendeu as informações recebidas (através da repetição das orientações) quanto à segurança no processo de administração de medicamentos, considerando os nove certos padronizados e se os utiliza: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa.	36 0,84	Checar se o profissional de enfermagem tem ciência, se compreendeu as informações recebidas (por meio da repetição das orientações) quanto ao processo seguro de administração de medicamentos, considerando os nove certos padronizados e se os utiliza em sua prática diária: paciente certo - com conferência da pulseira de identificação a cada administração, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa.	30 0,91
AD 8 - Linhas venosas e conexões conferidas.	36 0,84	Linhas de acesso vascular identificadas com a solução correspondente à infusão e conectores ajustados.	31 0,94
Ins. AD 8 - Checar se as linhas venosas estão identificadas com a solução correspondente à infusão e de acordo com a prescrição médica e se as conexões estão adequadas.	33 0,77	Checar se as linhas de acesso vascular estão identificadas com a solução correspondente à infusão, de acordo com a prescrição médica e se os conectores estão ajustados, livre de vazamentos.	31 0,94
AD 9 - Bombas de infusão e rótulos das soluções conferidos.	39 0,93		
Ins. AD 9 - Checar se as bombas de infusão estão identificadas com a solução correspondente à infusão em curso e de acordo com a prescrição médica, além de volume	36 0,84	Checar se as bombas de infusão estão identificadas com a solução correspondente, com o volume total e a vazão adequados conforme a prescrição médica. Checar se os	30 0,91

<p>total e vazão adequados. Checar se os rótulos contêm no mínimo nome completo do paciente, leito, registro, nome da solução/medicação a infundir, descrição qualitativa e quantitativa dos componentes adicionados na solução, volume e velocidade de infusão, via de administração, data e horário do preparo e identificação do profissional que preparou.</p>	<p>rótulos contêm no mínimo nome completo do paciente, leito, registro ou número de prontuário, nome da solução/medicação a infundir, descrição qualitativa e quantitativa dos componentes adicionados na solução, volume e velocidade de infusão, via de administração, data e horário do preparo e identificação do profissional que preparou. Tais rótulos deverão ser preferencialmente impressos pela farmácia e entregues ao profissional de enfermagem junto à medicação e componentes para o preparo da solução.</p>	
<b>PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>		
<p>AD 10 - Profissional de enfermagem orientado quanto à prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde (garantia da higiene das mãos e da manipulação isenta de contaminação de linhas venosas e desinfecção dos conectores), o qual deverá explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber, a fim de que não ocorra falha no entendimento.</p>	<p>Profissional de enfermagem orientado quanto à prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, o qual deverá explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber, a fim de que não ocorra falha no entendimento.</p>	<p>Profissional de enfermagem certifica se existem riscos relacionados à infecção.</p>
<p>Ins. 10 - Checar se o profissional de enfermagem tem ciência, se compreendeu as informações recebidas (através da repetição das orientações) e pratica as ações imprescindíveis para a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, como as normas de precaução, a higienização das mãos antes e após o contato com o</p>	<p>Checar se o profissional de enfermagem tem ciência, se compreendeu as informações recebidas (por meio da repetição das orientações) e executa as ações imprescindíveis para a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde como as normas de precaução, a higienização das mãos antes e após o contato com o</p>	<p>Checar se o profissional de enfermagem certifica a existência de ações e dispositivos que venham prevenir os riscos relacionados à infecção, tais como: as normas de precaução, os momentos de higienização das mãos, a desinfecção dos conectores dos cateteres vasculares com álcool a 70% ou clorexidina alcoólica, a</p>

paciente e seu leito e antes da manipulação das medicações/soluções, da desinfecção dos conectores dos cateteres venosos centrais ou periféricos com álcool a 70% ou clorexidina alcoólica antes da manipulação.		paciente, os materiais e equipamentos do leito, antes da manipulação das medicações/soluções, na desinfecção dos conectores dos cateteres vasculares com álcool a 70% ou clorexidina alcoólica antes da manipulação e desinfecção concorrente da bancada, dos materiais e equipamentos do leito.		necessidade de permanência dos cateteres, sondas e tubo, além da desinfecção concorrente das bancadas, dos materiais e dos equipamentos do leito.
AD 11 - Dispensador com álcool gel próximo ao paciente.	39			
	0,91			
Ins. AD 11 - Checar se há dispensador com álcool gel próximo ao paciente, para higienização das mãos.	40			
	0,93			
AD 12 - Temperatura e umidificação da incubadora ou temperatura do berço adequadas para a idade gestacional e para a necessidade do RN.	41			
	0,95			
Ins. AD 12 - Checar se a temperatura e umidificação da incubadora ou a temperatura do berço estão adequadas para a idade gestacional e a necessidade do paciente.	38	Checar se a temperatura e umidificação da incubadora ou a temperatura do berço estão adequadas para a idade gestacional e a necessidade do paciente. Sugere-se que os valores de referência estejam próximos ao leito para facilitar a conferência pela equipe de enfermagem.	33	
	0,88		1,00	
<b>PREVENÇÃO DE QUEDA</b>				
AD 13 - Rodas do berço ou incubadora travadas.	43			
	1,00			
Ins. AD 13 - Checar se as rodas do berço ou incubadora estão travadas devido ao risco de deslocamento do	43			
	1,00			

equipamento e conseqüente queda, uma vez que o protocolo de prevenção de quedas do MS orienta a adequação das acomodações e do mobiliário à idade dos pacientes.		
AD 14 - Laterais do berço aquecido ou portinholas travadas.	42	
		0,98
Ins. AD 14 - Checar se as laterais do berço aquecido ou as portinholas estão adequadamente travadas devido ao risco de queda do paciente.	42	
		0,98
AD 15 - Bandeja da incubadora e elevação da cabeceira do berço ou incubadora funcionante.	43	
		1
Ins. AD 15 - Checar se a bandeja da incubadora e elevação da cabeceira do berço ou incubadora estão movimentando e travando adequadamente devido ao risco de queda do paciente.	42	
		0,98
<b>PREVENÇÃO DE LESÃO DE PELE</b>		
AD 16 - Sonda gástrica e dispositivos vasculares, ventilatórios e de monitorização posicionados e fixados de maneira a prevenir lesões.	41	
		0,95
Ins. AD 16 - Checar se a sonda gástrica e os dispositivos vasculares, ventilatórios e de monitorização encontram-se posicionados e fixados de maneira a prevenir lesões e demais complicações decorrentes de posicionamento inadequado como extubação acidental, perda de acessos vasculares e de sonda	39	
		0,91

gástrica, o que proporciona novos procedimentos que poderiam ter sido evitados.					
AD 17 - Profissional de enfermagem orientado quanto ao posicionamento adequado e periodicidade da mudança de decúbito ou alívio de pressão, o qual deverá explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber, a fim de que não ocorra falha no entendimento.	38 0,88	Profissional de enfermagem certifica o posicionamento do RN, incluindo a periodicidade da mudança de decúbito e alívio de pressão conforme sua condição clínica.	32 0,97		
Ins. AD 17 - Checar se o profissional de enfermagem tem ciência e se compreendeu as informações recebidas (através da repetição das orientações) quanto ao posicionamento adequado para as condições clínicas e idade gestacional do recém-nascido e se observa sempre a necessidade do ninho de contenção com a altura proporcional ao paciente. Checar também a ciência, se compreendeu as informações recebidas (através da repetição das orientações) e se pratica com periodicidade a mudança de decúbito e alívio de pressão para os pacientes com restrição de movimentação (tempo máximo de 4/4h).	38 0,88	Checar se o profissional de enfermagem tem ciência e compreensão quanto às informações recebidas (por meio da repetição das orientações), se promove o posicionamento conforme a condição clínica do RN, incluindo a mudança de decúbito/ alívio de pressão (não excedendo o período máximo de 4 horas). Observar sempre a necessidade do ninho de contenção com a altura proporcional ao paciente.	29 0,88	Checar se o profissional de enfermagem certifica o posicionamento do RN conforme a condição clínica, incluindo a mudança de decúbito/ alívio de pressão e rodízio de sensor de oximetria. Observar sempre a necessidade do ninho de contenção com a altura proporcional ao paciente.	30 0,94
AD 18 - Clorexidina residual retirada da pele do RN.	38 0,88	Retirada da clorexidina residual da pele do RN.	30 0,91		
Ins. AD 18 - Checar se a Clorexidina foi totalmente retirada da pele do recém-nascido após o término dos procedimentos em que sua utilização foi necessária, a fim de evitar queimaduras.	39 0,91				

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Legenda: N = número de especialistas/ IVC = Índice de validade de conteúdo.

Os QUADROS 3 e 4 apresentam que 97,44% dos itens avaliados individualmente obtiveram o IVC maior ou igual a 0,90 até a terceira rodada de validação. Destes, 41,03% foram validados na primeira rodada. Para os que receberam os valores 1 e 2 na Escala do tipo Likert, correspondentes ao “Discordo” e “Não concordo nem discordo”, respectivamente, solicitou-se aos especialistas que justificassem a avaliação. Após os ajustes conforme sugeridos por estes, 33,33% foram validados na segunda rodada e 23,08% na terceira. Os outros 2,56%, correspondente ao item “AD 7”, obteve na terceira rodada o IVC de 0,88.

Tal item foi excluído na versão final do *checklist* de admissão, uma vez que os argumentos apresentados por alguns especialistas, durante as três rodadas, justificaram tal conduta. Após sua exclusão e de sua respectiva instrução, o IVC global do *checklist* de segurança do paciente no cuidado de enfermagem para a admissão em unidades de terapia intensiva neonatal foi de 0,94, portanto, adequado para a sua validação de conteúdo.

Abaixo seguem os QUADROS 5 e 6, os quais apresentam os dados do *checklist* de segurança do paciente no cuidado de enfermagem na internação em unidades de terapia intensiva neonatal nas três rodadas de validação. Neste, os itens também foram divididos entre as dimensões: Identificação do paciente, Comunicação efetiva, Segurança medicamentosa, Prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde, Prevenção de queda e Prevenção de lesão de pele.

Os itens foram nomeados com a sigla “IN” (de internação) seguida do número do item, em sequência, e suas respectivas instruções com a sigla “Ins. IN” (de instrução do item da internação) seguida do mesmo número correspondente à sua questão. A fim de facilitar a visualização, cada par contendo o item e sua instrução foram apresentados em cores semelhantes.

Quadro 5 – Índice de validade de conteúdo do título, orientação para o preenchimento e cabeçalho do instrumento de internação na primeira, segunda e terceira rodada.

	PRIMEIRA RODADA (N =43)	N IVC	SEGUNDA RODADA (N =33)	N IVC	TERCEIRA RODADA (N=32)	N IVC
<b>TÍTULO DO INSTRUMENTO</b>	<i>Checklist</i> de segurança do paciente neonatal - internação	37 0,88	<i>Checklist</i> para a segurança do paciente no cuidado de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal na internação	28 0,88	<i>Checklist</i> de segurança do paciente no cuidado de enfermagem na internação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal	30 0,94
<b>ORIENTAÇÃO PARA O PREENCHIMENTO</b>	Deverá ser preenchido pelo enfermeiro responsável pela criança, em parceria com o técnico em enfermagem, a cada plantão de 12 horas desde o dia seguinte à admissão até o dia da alta do recém-nascido à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Ficará próximo ao leito em local visível para acesso a todos os profissionais e seus acompanhantes.	37 0,86	Deverá ser preenchido pelo enfermeiro responsável pelo recém-nascido a cada plantão após a admissão até o último dia de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Mantê-lo próximo ao leito, em local visível e de fácil acesso aos profissionais e familiares do paciente. Seguem abaixo na seqüência do instrumento as instruções para cada item.	32 0,97		
<b>CABEÇALHO</b>	Paciente – Data – Registro - Idade gestacional corrigida – Sexo (Feminino ou Masculino) – Prontuário – Alergia, se sim a ___ - Leito - Data de nascimento	21 0,49	Nome da mãe - Nome do RN - Número do leito - Prontuário - Sexo (Feminino, Masculino ou Indefinido - Data de Nascimento - Dias de vida - Dias de internação - Idade gestacional na data do nascimento - Idade corrigida - Peso de nascimento - Peso de admissão - Motivo da internação- Desenvolveu alguma alergia? Se sim, a ___ -	31 0,94		

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Legenda: N = número de especialistas/ IVC = Índice de validade de conteúdo.

Quadro 6 – Índice de validade de conteúdo dos itens do instrumento de internação e sua respectiva instrução na primeira, segunda e terceira rodada.

(Continua)

PRIMEIRA RODADA (N=43)	N IVC	SEGUNDA RODADA (N=33)	N IVC	TERCEIRA RODADA (N=32)	N IVC
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>					
IN 1 - Pulseira afixada em um dos membros inferiores contendo o nome da mãe e o número de prontuário, legíveis.	30 0,70	Pulseira afixada em um dos membros inferiores, preferencialmente, contendo o nome da mãe sem abreviaturas e data de nascimento do RN, legíveis. ( ) Sim. Local: ( ) MID ( ) MIE ( ) Outro: _____ ( ) Não	30 0,91		
Ins. IN 1 - Checar se a pulseira de identificação está presente e afixada preferencialmente no tornozelo, contendo o nome da mãe e o número do prontuário do recém-nascido. Outras informações podem constar como data e hora de nascimento, peso, número de registro e nome do RN.	32 0,74	Checar se a pulseira de identificação está presente e afixada preferencialmente em um dos tornozelos, o nome da mãe sem abreviaturas e data de nascimento do RN, legíveis.	31 0,94		
IN 2 - Dados da pulseira do RN conferidos com os dados maternos através do prontuário com um acompanhante ou um adicional profissional de saúde.	37 0,86	Dados da pulseira do RN conferidos com os dados maternos por meio da dupla checagem com a mãe, o pai, um acompanhante ou outro profissional de saúde (na ausência dos primeiros).	33 1,00		
Ins. IN 2 - Checar com um membro da família ou acompanhante autorizado pela mãe, na sua ausência, se os dados da pulseira de identificação conferem com os dados maternos. Caso não estejam	42 0,98				

presentes, outro profissional de saúde poderá realizar tal conferência.			
IN 3 - Placa de identificação do leito contendo o nome da mãe e o número de prontuário, legíveis.	32 0,74	Placa de identificação do RN afixada no berço ou incubadora contendo o nome da mãe sem abreviaturas, nome do RN, sexo, número do registro hospitalar, data, hora e peso de nascimento, legíveis.	30 0,92
Ins. IN 3 - Checar se existe placa de identificação no leito contendo nome da mãe e o número de prontuário. Outras informações podem constar como data e hora de nascimento, peso, número de registro e nome do RN.	37 0,86	Checar a existência de placa de identificação do RN afixada no berço ou incubadora contendo o nome da mãe sem abreviaturas, nome do RN, sexo, número do registro hospitalar, data, hora e peso de nascimento.	30 0,92
<b>COMUNICAÇÃO EFETIVA</b>			
IN 4 - Acompanhante orientado com linguagem acessível quanto à rotina do setor e cuidados oferecidos ao RN, o qual deverá explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber, a fim de que não ocorra falha no entendimento.	40 0,90		
Ins. IN 4 - Checar se o acompanhante foi orientado e compreendeu as informações recebidas (através da repetição das orientações) quanto às rotinas do setor como higiene das mãos, restrição de permanência na unidade apenas no leito do paciente, redução de ruídos, uso restrito do aparelho celular, livre acesso dos pais para acompanhamento do RN, liberação de visitas, além dos cuidados oferecidos ao RN.	38 0,88	Checar se o acompanhante foi orientado e compreendeu as informações recebidas (por meio da repetição das orientações) quanto às rotinas do setor como higiene das mãos, redução de ruídos, proibição do uso do aparelho celular, livre acesso dos pais para acompanhamento do RN (permanecendo apenas na área do leito do paciente) e regras para liberação de visitas.	33 1,00

IN5 - Acompanhante encorajado a estar ao lado da criança participando dos cuidados e das tomadas de decisões junto à equipe.	41 0,95
Ins. IN 5 - Checar se o acompanhante, preferencialmente mãe ou pai, foi encorajado a estar ao lado do RN durante o período de permanência deste na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e a participar dos cuidados realizados e nas tomadas de decisões junto à equipe assistencial, uma vez que o Estatuto da Criança e do Adolescente garante a permanência do acompanhante em período integral, o que pode também contribuir no processo de segurança do paciente.	42 0,98
IN 6 - Acompanhante orientado quanto ao plano de cuidados proposto para o RN, o qual deverá explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber, a fim de que não ocorra falha no entendimento.	42 0,98
Ins. IN 6 - Checar se o acompanhante está ciente e se compreendeu as informações recebidas (através da repetição das orientações) quanto ao plano de cuidados proposto para o RN durante o processo de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	42 0,98
<b>SEGURANÇA MEDICAMENTOSA</b>	

IN 7 - Profissional de enfermagem orientado quanto à segurança no processo de administração de medicamentos (paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa), o qual deverá explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber, a fim de que não ocorra falha no entendimento.	37 0,86	Profissional de enfermagem certifica se existem riscos para a quebra da segurança no processo de preparo e administração de medicamentos.	30 0,91
Ins. IN 7 - Checar se o profissional de enfermagem certifica a existência de riscos para a quebra da segurança no processo de preparo e administração de medicamentos, considerando os nove certos padronizados: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa.	39 0,91		
IN 8 - Linhas venosas e conexões conferidas.	36 0,84	Linhas de acesso vascular identificadas com a solução correspondente à infusão e conectores ajustados.	31 0,94
Ins. IN 8 - Checar se as linhas venosas estão identificadas com a solução correspondente à infusão e de acordo com a prescrição médica e se as conexões estão adequadas.	33 0,77	Checar se as linhas de acesso vascular estão identificadas com a solução correspondente à infusão, de acordo com a prescrição médica e se os conectores estão ajustados, livre de vazamentos.	31 0,94
IN9 - Bombas de infusão e rótulos das soluções conferidos.	40 0,93		
Ins. IN 9 - Checar se as bombas de infusão estão identificadas com a	39		

solução correspondente à infusão em curso e de acordo com a prescrição médica, além de volume total e vazão adequados. Checar se os rótulos contêm no mínimo nome completo do paciente, leito, registro, nome da solução/medicação a infundir, descrição qualitativa e quantitativa dos componentes adicionados a solução, volume e velocidade de infusão, via de administração, data e horário do preparo e identificação do profissional que preparou.	0,91							
IN 10 - Acompanhante orientado quanto à terapia medicamentosa em uso, o qual deverá explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber, a fim de que não ocorra falha no entendimento.	43	1,00						
Ins. IN 10 - Checar se o acompanhante está ciente e se compreendeu as informações recebidas (através da repetição das orientações) sobre os medicamentos prescritos em uso no recém-nascido.	43	1,00						
<b>PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>								
IN 11 - Profissional de enfermagem orientado quanto à prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde (garantia da higiene das mãos e da manipulação isenta de contaminação de linhas venosas e desinfecção dos conectores), o qual deverá explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber,	38	0,88	Profissional de enfermagem orientado quanto à prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, o qual deverá explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber, a fim de que não ocorra falha no entendimento.	28	0,85	Profissional de enfermagem certifica se existem riscos relacionados à infecção.	30	0,94

a fim de que não ocorra falha no entendimento.					
Ins. IN 11 - Checar se o profissional de enfermagem tem ciência, se compreendeu as informações recebidas (através da repetição das orientações) e pratica as ações imprescindíveis para a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, como as normas de precaução, a higienização das mãos antes e após o contato com o paciente e seu leito e antes da manipulação das medicações/soluções, da desinfecção dos conectores dos cateteres venosos centrais ou periféricos com álcool a 70% ou clorexidina alcoólica antes da manipulação.	36 0,84	Checar se o profissional de enfermagem tem ciência, se compreendeu as informações recebidas (por meio da repetição das orientações) e executa as ações imprescindíveis para a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde como as normas de precaução, a higienização das mãos antes e após o contato com o paciente, os materiais e equipamentos do leito, antes da manipulação das medicações/soluções, na desinfecção dos conectores dos cateteres vasculares com álcool a 70% ou clorexidina alcoólica antes da manipulação e desinfecção concorrente da bancada, dos materiais e equipamentos do leito.	28 0,85	Checar se o profissional de enfermagem certifica a existência de ações e dispositivos que venham preveni os riscos relacionados à infecção, tais como: as normas de precaução, os momentos de higienização das mãos, a desinfecção dos conectores dos cateteres vasculares com álcool a 70% ou clorexidina alcoólica, a necessidade de permanência dos cateteres, sondas e tubo, além da desinfecção concorrente das bancadas, dos materiais e dos equipamentos do leito.	29 0,91
IN 12 - Dispensador com álcool gel próximo ao paciente.	39 0,91				
Ins. IN 12 - Checar se há dispensador com álcool gel próximo ao paciente, para higienização das mãos.	40 0,93				
IN 13 - Acompanhante orientado quanto aos riscos de infecções, o qual deverá explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber,	41 0,95				

a fim de que não ocorra falha no entendimento.			
Ins. IN 13 - Checar se o acompanhante está ciente e se compreendeu as informações recebidas (através da repetição das orientações) quanto aos riscos de infecções e as ações preventivas como higienização das mãos, restrição do uso do celular dentro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e uso das medidas de precaução para evitar infecções cruzadas.	40		
	0,93		
IN 14 - Temperatura e umidificação da incubadora ou temperatura do berço adequadas para a idade gestacional e para a necessidade do RN.	41		
	0,95		
Ins. IN 14 - Checar se a temperatura e umidificação da incubadora ou a temperatura do berço estão adequadas para a idade gestacional e a necessidade do paciente.	39		
	0,91		
IN 15 - Curativo de acesso limpo e bem aderido.	39		
	0,91		
Ins. IN 15 - Checar se o curativo de fixação do acesso venoso central encontra-se livre de sujidade e bem aderido em toda a sua extensão.	38	32	
	0,88	0,97	
			0,97
<b>PREVENÇÃO DE QUEDA</b>			
IN 16 - Rodas do berço ou da incubadora travadas.	43		
	1,00		

Ins. IN 16 - Checar se as rodas do berço ou incubadora estão travadas devido ao risco de deslocamento do equipamento e consequente queda, uma vez que o protocolo de prevenção de quedas do MS orienta a adequação das acomodações e do mobiliário à idade dos pacientes.	43 1,00
IN 17 - Laterais do berço aquecido ou portinholas da incubadora travadas.	42 0,98
Ins. N 17 - Checar se as laterais do berço aquecido ou as portinholas estão devidamente travadas devido ao risco de queda do paciente.	43 1,00
IN18 - Acompanhante orientado quanto às medidas de prevenção de quedas do RN, o qual deverá explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber, a fim de que não ocorra falha no entendimento.	43 1,00
Ins. IN 18 - Checar se o acompanhante está ciente e se compreendeu as informações recebidas (através da repetição das orientações) quanto às medidas de prevenção de quedas do RN como: não o transportar ao colo, não retirá-lo do berço/incubadora e realizar banho sem auxílio profissional, não tracionar os dispositivos e os fios dos equipamentos.	43 1,00
<b>PREVENÇÃO DE LESÃO DE PELE</b>	
IN 19 - Sonda gástrica e dispositivos vasculares, ventilatórios e de monitorização posicionados e fixados de maneira a prevenir	40 0,90

lesões.					
Ins. IN 19 - Checar se a sonda gástrica e os dispositivos vasculares, ventilatórios e de monitorização encontram-se posicionados e fixados de maneira a prevenir lesões e demais complicações decorrentes de posicionamento inadequado como extubação acidental, perda de acessos vasculares e de sonda gástrica, o que proporciona novos procedimentos que poderiam ter sido evitados.	42				
	0,98				
IN 20 - Profissional de enfermagem orientado quanto ao posicionamento adequado e periodicidade da mudança de decúbito ou alívio de pressão.	38	Profissional de enfermagem orientado quanto ao posicionamento do RN, incluindo a periodicidade da mudança de decúbito/ alívio de pressão conforme sua condição clínica.	29	Profissional de enfermagem certifica o posicionamento do RN conforme sua condição clínica, incluindo a mudança de decúbito/ alívio de pressão, rodízio de sensor de oximetria e uso do ninho de contenção.	29
	0,88		0,88		0,91
Ins. IN 20 - Checar se o profissional de enfermagem certifica o posicionamento adequado para as condições clínicas e idade gestacional do RN e observa sempre a necessidade do ninho de contenção com a altura proporcional ao paciente. Checar também se pratica com periodicidade a mudança de decúbito e alívio de pressão para os RN com restrição de movimentação (tempo máximo de 4/4h).	39				
	0,91				
IN 21 - Profissional de enfermagem orientado quanto ao tipo e periodicidade da higienização	39				
	0,91				

corporal.		
Ins. IN 21 - Checar se o profissional de enfermagem tem ciência e se compreendeu as informações recebidas (através da repetição das orientações) quanto ao tipo e periodicidade da higienização do RN, devido ao risco de hipotermia, de perda dos dispositivos e de desestabilização clínica.	39	0,91

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Legenda: N = número de especialistas/ IVC = Índice de validade de conteúdo.

Os QUADROS 5 e 6 apresentam 100% dos itens avaliados individualmente com o IVC maior ou igual a 0,90 até a terceira rodada de validação.

64,44% dos itens foram validados na primeira rodada. Para os itens que receberam os valores 1 e 2 na Escala do tipo Likert, correspondentes ao “Discordo” e “Não concordo nem discordo”, respectivamente, manteve-se a solicitação aos especialistas que justificassem a avaliação. Após os ajustes conforme sugeridos por estes, 26,67% na segunda rodada e 8,89% na terceira.

Abaixo, seguem os QUADROS 7 e 8, os quais apresentam os dados do *checklist* de segurança do paciente no cuidado de enfermagem no preparo da alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal nas três rodadas de validação. Para facilitar o entendimento os itens foram nomeados como “AL” (de alta) mais um número, em sequência, e suas respectivas instruções como “Ins. AL” (de instrução do item da alta) mais o mesmo número correspondente à sua questão. Cada par contendo o item mais sua instrução foi ressaltado com cores semelhantes, para facilitar a visualização.

Quadro 7 – Índice de validade de conteúdo do título, orientação para o preenchimento e cabeçalho do instrumento de preparação para a alta na primeira, segunda e terceira rodada.

(Continua)

	PRIMEIRA RODADA (N =43)	N IVC	SEGUNDA RODADA (N =33)	N IVC	TERCEIRA RODADA (N=32)	N IVC
<b>TÍTULO DO INSTRUMENTO</b>	<i>Checklist</i> de segurança do paciente neonatal – programação para a alta	39 0,91	<i>Checklist</i> para a segurança do paciente no preparo para a alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	33 1,00		
<b>ORIENTAÇÃO PARA O PREENCHIMENTO</b>	Deverá ser preenchido pelo enfermeiro responsável pela criança, tão logo se inicie a programação para a alta do recém-nascido da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (seja transferência para o Alojamento Conjunto, para outra instituição hospitalar ou alta para o domicílio) e termine antes de sua saída. As orientações deverão ser realizadas verbalmente pelo mesmo à mãe, pai ou responsável, o qual (quais) esteja (estejam) preferencialmente acompanhando a criança durante a internação e permanecerá (ão) cuidando dela após sua alta. Este (s) deverá (ão) explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber, a fim de que não ocorram falhas no entendimento e, conseqüentemente, erros que possam prejudicar o recém-					

	nascido. Ficará próximo ao leito em local visível para acesso a todos os profissionais e familiares do paciente. Seguem abaixo na sequência do instrumento as instruções para cada item.			
<b>CABEÇALHO</b>	Paciente – Data – Registro – Leito - Sexo (Feminino ou Masculino) – Prontuário	25 0,60	Nome da mãe - Nome do RN - Número do leito – Prontuário – Sexo (Feminino, Masculino ou Indefinido) - Dias de vida - Dias de internação - Data de Nascimento - Idade gestacional na data do nascimento - Idade corrigida - Peso de nascimento - Peso de alta – Desenvolveu alguma alergia? Se sim, a: ___ - Aleitamento materno exclusivo - Motivo da internação	31 0,94

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Legenda: N = número de especialistas/ IVC = Índice de validade de conteúdo.

Quadro 8 – Índice de validade de conteúdo dos itens do instrumento de preparação para a alta e sua respectiva instrução na primeira, segunda e terceira rodada

(Continua)					
<b>PRIMEIRARODADA (N =43)</b>	<b>N IVC</b>	<b>SEGUNDA RODADA (N =33)</b>	<b>N IVC</b>	<b>TERCEIRA RODADA (N=32)</b>	<b>N IVC</b>
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>					
AL 1 - Caderneta da criança preenchida com os dados de identificação do RN, informações completas sobre o pré-natal, parto, pós-parto, nascimento e sobre a	39 0,91				

internação hospitalar.			
Ins. AL 1 - Checar se a caderneta da criança está preenchida corretamente com os dados de identificação do RN (nome da criança, data de nascimento, município de nascimento, nome da mãe, nome do pai – sempre que disponível, endereço, telefone, bairro, CEP, cidade, estado, raça/cor/etnia manifestada pela mãe, unidade básica de referência, número da declaração de nascidos vivos e número do registro civil de nascimento); informações completas sobre o pré-natal, parto, pós parto, parto, nascimento e o sumário de alta com as informações relevantes da internação hospitalar.	36 0,84	Checar se a caderneta da criança está preenchida corretamente com os dados completos de identificação do RN, informações completas sobre o pré-natal, parto, nascimento e o sumário de alta com as informações relevantes da internação hospitalar, incluindo vacinas e exames de triagem neonatal, de acordo com a idade, peso e condição clínica do RN.	32 0,97
<b>COMUNICAÇÃO EFETIVA</b>			
AL 2 - Acompanhante orientado sobre a necessidade de seguimento no acompanhamento das condições de saúde do recém-nascido.	41 0,95		
Ins. AL 2 - Checar se o acompanhante foi orientado quanto à necessidade de manter o acompanhamento das condições de saúde do RN e, sempre que possível, agendar a primeira consulta do seguimento no serviço de referência da instituição.	38 0,88	Checar se o acompanhante foi orientado quanto à importância de manter o seguimento de consultas do RN no Centro de Saúde da área de abrangência de seu domicílio e se houve o agendamento da primeira consulta, seja na Atenção Básica e/ou no ambulatório do serviço de referência da instituição.	33 1,00
<b>SEGURANÇA MEDICAMENTOSA</b>			
AL 3 - Acompanhante orientado quanto à prescrição e	39		

armazenamento das medicações de uso domiciliar.	0,91		
Ins. AL 3 - Checar se o acompanhante foi orientado quanto à prescrição e ao armazenamento das medicações de uso domiciliar, caso seja prescrito.	38 0,88	Checar se o acompanhante foi orientado quanto à prescrição e armazenamento das medicações de uso domiciliar.	31 0,94
AL 4 - Acompanhante treinado para a administração das medicações de uso domiciliar.	39 0,91		
Ins. AL 4 - Checar se o acompanhante foi orientado quanto à prescrição e ao armazenamento das medicações de uso domiciliar, caso seja prescrito.	38 0,88	Checar se o acompanhante foi treinado para a administração das medicações de uso domiciliar.	31 0,94
<b>PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>			
AL 5 - Acompanhante orientado quanto aos riscos de infecção no ambiente extra-hospitalar.	41 0,95		
Ins. AL 5 - Checar se o acompanhante foi orientado quanto aos riscos de infecção no ambiente extra-hospitalar, como higienizar as mãos antes de tocar o RN ou manipular os objetos que ele possivelmente possa levar à boca, evitar exposição a condições atmosféricas extremas, à fumaça de cigarro e aos ácaros do pó da casa	40 0,93		
<b>PREVENÇÃO DE QUEDA</b>			
AL6 - Acompanhante orientado quanto aos riscos de queda e a forma adequada de transporte do RN.	42 0,98		
Ins. AL 6 - Checar se o	41		

acompanhante foi orientado quanto aos riscos de queda e a forma adequada de transporte do RN.	0,95
<b>PREVENÇÃO DE LESÃO DE PELE</b>	
AL7 - Acompanhante orientado quanto aos cuidados com a pele e higienização corporal.	42 0,98
Ins. AL 7 - Checar se o acompanhante foi orientado quanto aos cuidados com a pele e a higienização corporal, como a temperatura adequada para o banho de imersão e a prevenção do acúmulo de secreções na área de fraldas.	41 0,95

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Legenda: N = número de especialistas/ IVC = Índice de validade de conteúdo.

Os QUADROS 7 e 8 apresentam 100% dos itens avaliados individualmente com o IVC maior que 0,90 até a segunda rodada de validação. 64,70% dos itens foram validados na primeira rodada. Para os itens que receberam os valores 1 e 2 na Escala do tipo Likert, correspondentes ao “Discordo” e “Não concordo nem discordo”, respectivamente, manteve-se a solicitação aos especialistas que justificassem a avaliação. Após os ajustes conforme sugeridos por estes, os demais 35,30% foram validados na segunda rodada.

## 6 DISCUSSÃO

O uso de instrumentos, que auxiliam na padronização do cuidado, pode ser considerado uma estratégia no combate aos eventos adversos e na promoção da segurança do paciente, ao considerar os benefícios demonstrados como a redução de mortes e complicações, a melhoria da comunicação e do trabalho em equipe, além do desenvolvimento de uma cultura de segurança (HAYNES et al., 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a; VRIES et al., 2010).

As listas de checagem servem de roteiro que auxilia na prevenção de incidentes por falhas ou esquecimento, principalmente em situações ou ambientes de cuidados complexos (FRAGATA, 2010), como as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

No que tange a neonatologia, área para a qual se destina o produto desta pesquisa, deve-se considerar as especificidades e vulnerabilidades do recém-nascido no processo de cuidado. Nesta perspectiva, segundo Amaya et al. (2016), a adesão aos instrumentos como os *checklists* para o cotidiano da assistência pode sinalizar potenciais riscos, servir de barreira para a quebra da segurança, originar indicadores de processo e resultados, bem como, gerar ciclo de melhorias que busquem a prestação de assistência livre de danos.

Entretanto, para que seja adotado o uso de novos instrumentos é essencial que estes estejam alinhados com a sua finalidade e sejam confiáveis. Essa situação é possível ao comprovar que o instrumento mede o fenômeno, que se propôs a medir a partir da validação de conteúdo (PASQUALI et al., 2010).

Dessa forma, essa pesquisa cumpriu com essa finalidade. A etapa de validação foi realizada em três rodadas, o que permitiu o refinamento dos *checklists*. Os instrumentos de admissão, internação e preparação para a alta foram compostos inicialmente por 39, 45 e 17 questões, respectivamente. Entretanto, a fim de alcançar o máximo de convergência de respostas e o mais alto grau de confiabilidade do instrumento, todos os itens que não atingiram na primeira rodada o IVC de 0,90 foram readequados e reavaliados numa segunda rodada e, da mesma maneira, na terceira rodada.

A seguir, discute-se os resultados das três rodadas, subdividindo o capítulo pela caracterização dos participantes, julgamento dos itens individuais do *checklist*, atributos do instrumento e sua avaliação geral. Iniciou-se pela caracterização dos

especialistas, pois permite a contextualização dos julgamentos de acordo com sua expertise.

### **6.1 Caracterização dos especialistas**

Avaliando os resultados, percebeu-se que a descrição da TAB. 1 com relação à média de idade apresentada pelos participantes, de 39,86 anos, assemelha-se a de dois estudos de validação de instrumentos. O primeiro trabalho avaliou a habilidade da mensuração da pressão arterial de graduandos de instituições de ensino de nível técnico e superior de enfermagem no ano de 2012, o qual obteve média de idade de 36,6 anos entre os integrantes do comitê de especialistas (TIBÚRCIO et al., 2014). O segundo construiu e validou um *checklist* de ações de segurança do paciente em atendimento de emergência e alcançou média de idade de 38 anos entre os especialistas (AMAYA et al., 2016).

No que refere ao sexo, o resultado equiparou-se com os de outros estudos metodológicos, com a maioria dos especialistas do sexo feminino na etapa de validação de conteúdo (PIRES; PEDREIRA; PETERLINI, 2013), fato que pode estar relacionado à questão da Enfermagem ser constituída, em sua maioria, por mulheres, apesar de ser crescente o quantitativo masculino na profissão (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012, SOUZA; MENDES, 2014).

O quantitativo de especialistas com atuação em docência e em assistência foi significativo para a pesquisa. Segundo Amaya et al. (2016) a presença de especialistas com atuação na assistência e na pesquisa/docência é positiva, uma vez que selecioná-los é tarefa complexa devido à falta de consenso na forma de escolha e os participantes com estas características são essenciais para promover a avaliação teórica do conteúdo e da sua potencialidade para aplicabilidade no contexto assistencial.

Apesar da maioria dos especialistas da região sul e sudeste do Brasil se adequarem aos critérios de inclusão do estudo, nesta pesquisa buscou-se contemplar profissionais das cinco regiões do país, conforme sugestão da literatura. Pereira e Alvim, 2015, reportam que o grupo deve ser diversificado, com origens distintas na forma de abordar e tratar o tema em estudo, com o objetivo de construir um instrumento que englobe diferentes realidades, culturas, percepções e modos de

vista, e que seja passível sua utilização em todo o território, ainda que existam tais limitações.

## **6.2 Julgamento dos especialistas**

Todos os itens dos *checklist* postos na plataforma *Survey Monkey*® foram avaliados e alcançaram o escore de validade, com exceção de um único item no instrumento de admissão, o qual recebeu dos especialistas justificativas pertinentes para a sua exclusão. Entretanto, ainda assim, alguns deles foram ajustados conforme as sugestões dos especialistas, por terem apresentado justificativas relevantes. Considerando que o instrumento foi estruturado pautado nas Metas Internacionais da Segurança do Paciente e no Programa Nacional de Segurança do Paciente, optou-se por dividir a discussão nas dimensões: Identificação do paciente, Comunicação efetiva, Segurança medicamentosa, Prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde, Prevenção de queda e Prevenção de lesão de pele.

### **6.2.1 Identificação do paciente**

A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura à pessoa que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014). A pulseira de identificação deve ser colocada no paciente tão logo que seja admitido no serviço e deve permanecer com ele durante todo o tempo de internação (BRASIL, 2013d).

Para o recém-nascido, a identificação requer cuidados adicionais. De acordo com o Protocolo de Identificação do Brasil (2013d), a pulseira de identificação, deverá ser afixada preferencialmente no tornozelo e conter minimamente a informação do nome da mãe e o número do prontuário do recém-nascido, bem como outras informações padronizadas pelo serviço de saúde.

Além de identificar corretamente o paciente faz-se necessária a conferência dos dados em todos os momentos da assistência. Isso se refere à inserção de dados que possam diferenciar os pacientes uns dos outros e, desta forma, proporcionar o atendimento ao paciente certo (BRASIL, 2013d).

Considerando tais recomendações, encontrou-se nesse estudo um IVC entre 0,91 e 1,00, relativos aos itens de identificação do paciente no *checklist* de admissão e suas respectivas orientações de preenchimento, apresentados no APÊNDICE C após as alterações sugeridas pelos especialistas. Os mesmos enfatizaram a importância de se ter pré-definido, outras informações relevantes sugeridas por tal protocolo e, portanto, julgaram como válidos os acréscimos de data e hora de nascimento (ou de admissão, nos casos de reinternação), sexo e o número de registro.

Na pesquisa de Amaya et al., (2016), os IVC ficaram entre 0,95 e 1,00, valores próximos aos encontrados nesta. Entretanto, ressalta-se que esse estudo abrangeu a população adulta, a qual exige dos profissionais menor complexidade na verificação dos itens em relação à população neonatal.

Nas situações em que a mãe esteja internada ou impossibilitada de estar ao lado do RN no momento da confirmação da identificação correta, deverá ser solicitado documento que comprove o nome da mesma e ser realizada a certificação com os dados existentes na pulseira do RN. A recomendação é que a identificação seja realizada/conferida na presença de uma testemunha, de preferência um membro da família ou acompanhante autorizado pela mãe ou, na sua ausência deste, um adicional profissional de saúde (BRASIL, 2013d; LÓPEZ et al., 2017).

Tal verificação não deve ocorrer apenas em momentos pontuais, mas deve acontecer a cada intervenção realizada no paciente ao longo de sua permanência no hospital (BRASIL, 2013d). Mesmo que o profissional de saúde o conheça, deverá verificar os detalhes de sua identificação para garantir que o paciente correto receba o cuidado correto, a fim de manter a sua segurança.

A placa de identificação do leito contendo os mesmos dados da pulseira foi incluída neste estudo, com o intuito de facilitar a visualização de tais informações pelos profissionais nos momentos em que o toque no RN não se fizer necessário. Todavia, isso não exclui a verificação da pulseira no início de um episódio de cuidado e a cada intervenção realizada no paciente ao longo de sua permanência no hospital (BRASIL, 2013d, g). A placa deverá permanecer afixada no berço/incubadora do paciente para evitar possíveis trocas durante as mudanças de leitos. Essa observação importante foi levantada por um dos especialistas durante a segunda rodada de validação.

Estudo realizado na Pensilvânia, com objetivo de explorar os eventos adversos de identificação de recém-nascidos, relatados às Autoridades de Segurança do Paciente do país por meio do Sistema de Relatórios de Segurança do Paciente, encontrou características únicas da população de recém-nascidos, que representam desafios para uma identificação precisa e consistente do paciente. Estes podem incluir semelhanças nos identificadores de pacientes, como nomes semelhantes, números de registros médicos e datas de nascimento (WALLACE et al., 2016), o que reforça a necessidade de atenção especial à conferência dos dados antes do início de qualquer procedimento nos recém-nascido.

Um outro estudo, realizado no Brasil por Gomes et al. (2017), com a finalidade de avaliar a identificação dos neonatos por meio de pulseiras, apresentou como achados, que estabelecimento de rotinas institucionais com foco na correta identificação do RN, por meio de pulseira, melhora a prática assistencial. Assim, para facilitar e garantir segurança nesse contexto, os serviços de saúde devem desenvolver, implementar e revisar regularmente processos que facilitem a correta identificação dos pacientes na passagem de caso entre as equipes de saúde, na transferência e na alta do paciente (BRASIL, 2013d, h).

Os profissionais de saúde deverão checar se a caderneta da criança está preenchida corretamente com os dados de identificação do RN (nome da criança, data de nascimento, município de nascimento, nome da mãe, nome do pai – sempre que disponível, endereço, telefone, bairro, CEP, cidade, estado, raça/cor/etnia manifestada pela mãe, unidade básica de referência, número da declaração de nascidos vivos e número do registro civil de nascimento), além das informações completas sobre o pré-natal, parto, nascimento, pós parto e o sumário de alta com as informações relevantes da internação hospitalar (BRASIL, 2013d,h). Um dos especialistas sugeriu que essa tarefa não fosse de responsabilidade do enfermeiro, uma vez que acarretaria em sobrecarga de trabalho, e acrescentou que um funcionário administrativo teria competência para realizar. Porém, considerou-se que independente de outro profissional verificar, não exime a responsabilidade do enfermeiro realizar conferência, considerando a tamanha importância da transferência da informação segura para a continuidade da assistência à saúde do RN após a alta.

Um estudo transversal, descritivo, cujo objetivo foi verificar a conformidade dos dados de identificação do paciente nos registros dos profissionais de saúde em

três hospitais públicos do Rio Grande do Norte, apontou diversas falhas no preenchimento dos cabeçalhos e, conseqüentemente, na identificação correta do paciente nos prontuários (ALVES et al., 2018). Uma outra pesquisa realizada na Austrália, avaliou a comunicação escrita e falada à luz das ferramentas de transferências de informações - *The Nursing Handover Minimum Dataset (NH-MDS)* e *Identification of the patient and clinical risks, clinical history/presentation, clinical status, care plan and outcomes/goals of care* (ICCCO) e demonstrou que nas anotações de enfermagem, apenas 3,3% destas estavam com a identificação correta, sendo o nome do paciente e a idade as principais não conformidades (JOHNSON et al., 2014). Esse fato demonstra a preocupação com a importância da conferência minuciosa das informações, inclusive na transferência dos cuidados para a segurança do paciente.

### **6.2.2 Comunicação efetiva**

A participação da família no cuidado e na segurança do paciente é hoje vista como primordial por ser capaz de observar, prevenir e até ajudar no relato de eventos adversos em uma variedade de contextos clínicos (DANIELS et al., 2012). A utilização de estratégias de educação dos familiares, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde, devem ocorrer na admissão e durante a permanência do paciente no hospital. Ademais, a elaboração e a distribuição de material educativo devem ser estimuladas (BRASIL, 2013d, h).

Nesse sentido, a essência da dimensão “Comunicação efetiva” neste estudo foi a inclusão da família como barreira para a segurança do recém-nascido internado na UTIN. Essa estratégia foi considerada pertinente pois, pelo o estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), os pais ou responsáveis podem permanecer 24 horas por dia ao lado do paciente e devem ser estimulados a participarem ativamente do processo do cuidado (SOUSA et al., 2017).

Essa situação difere de um ambiente de cuidado com o paciente adulto grave, em que a participação e presença da família muitas vezes não acontece. Exemplo disso foi estudo metodológico realizado no Brasil, em que ao construir e validar um *checklist* para o atendimento hospitalar de emergência com foco na segurança do paciente não considerou o tema comunicação efetiva, presente nas Metas Internacionais da Segurança do Paciente (AMAYA et al., 2016).

Considerando a importância da temática para a segurança do neonato internado em UTIN, nesta pesquisa esta dimensão alcançou altos índices de aprovação na segunda rodada de validação, o que excluiu a necessidade da terceira rodada. Dos 14 itens somados dos *checklists* de admissão (APÊNDICE C) internação (APÊNDICE D) e preparação para a alta (APÊNDICE E), 11 foram validados na primeira rodada com IVC entre 0,90 e 0,98 e apenas três receberam IVC entre 0,79 e 0,88. Após as alterações, realizadas a partir das sugestões dos especialistas, estas três questões receberam IVC 1,00 na segunda rodada, o que denota a compreensão e preocupação dos especialistas frente à seriedade da temática para a segurança do RN internado.

A presença e a participação dos pais nesse contexto permitem uma aproximação aos profissionais de saúde, condição em que a comunicação e a compreensão mútuas assumem papel fundamental. Quando a comunicação entre os profissionais de saúde e a família é eficaz, há redução da ansiedade dos pais e maior propensão para o seu envolvimento, favorecendo o processo de enfrentamento durante a internação de seu filho e de sua autonomia. Nesse contexto, considera-se o vínculo e a comunicação como práticas humanizadoras (ENTRINGER et al., 2013; MELO et al., 2014).

Diante da necessidade de uma comunicação clara e efetiva incluiu-se, dentre os itens do instrumento, a conferência do entendimento das orientações e informações transmitidas pelo enfermeiro aos pais/acompanhantes por meio da técnica, *Read Back* que consiste da certificação da apreensão das informações pelo receptor da mensagem (BARENFANGER et al., 2004; BOYD et al., 2014). Muitas informações recebidas pelos pais são primordiais para a segurança do RN como a higienização das mãos, o controle de ruídos, a proibição do uso do aparelho celular devido ao risco de infecção, o livre acesso dos pais para acompanhamento de seu filho e as regras para liberação de visitas, o que reforça a necessidade de uma comunicação objetiva e com linguagem acessível à compreensão dos pais/acompanhantes (SANTOS et al., 2015; SOUSA et al., 2017).

Para Lyndon et al., 2014, estratégias de inclusão dos pais, respeitando-os como parceiros na segurança, abordando o tratamento clínico intrínseco à segurança física, o desenvolvimento e o aspecto emocional, resultam em melhorias na comunicação e conseqüentemente na segurança do paciente.

Uma pesquisa realizada com famílias de crianças internadas em uma enfermaria de um hospital em Colúmbia Britânica, no Canadá, implementou um sistema de notificação de segurança dos pacientes com registros de eventos adversos ou incidentes realizados apenas por familiares. Os maiores números de notificações foram referentes a má comunicação entre a família e os profissionais, o que denota necessidade de se pensar novas oportunidades de melhorias na prestação dos cuidados de saúde, incluindo os pais ou responsáveis (DANIELS et al., 2012).

Segundo Baltor et al. (2012), o enfermeiro necessita acompanhar o processo de inserção dos familiares no ambiente da UTIN, respeitando-os nos momentos de dor, estresse, ansiedade, angústia e capacitando-a para a coparticipação no cuidado do RN. Porém há se considerar o despreparo dos enfermeiros na inserção do familiar no cuidado do neonato pode resultar em relações inseguras, deficientes e angustiantes (BALTOR et al., 2012; LYNDON et al., 2014).

Pesquisa realizada em três Unidades de Terapia Intensiva Neonatal da Região Metropolitana da Grande Vitória, investigou a concepção de humanização da equipe multiprofissional e a participação da família foi o aspecto mais relevante para os profissionais, os quais expressaram a importância da permanência dos pais na UTIN e sua participação nos cuidados aos pacientes (ROSEIRO; PAULA, 2015).

Corroborando com a importância da participação dos pais na segurança do paciente, estudo descritivo qualitativo, cujo objetivo foi conhecer a vivência de pais de RN internados na UTIN de um Hospital Público de Maringá desde o nascimento, apresentou que o trabalho em uma UTIN, devido à sua complexidade e dinamismo, envolve muitos profissionais, a mãe e outros familiares que, no exercício de seus direitos, precisam ser acolhidos e também muito bem orientados, a fim de contribuir com uma assistência harmônica, qualificada e segura ao RN internado (OLIVEIRA et al., 2013).

Outro estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado em uma Unidade Neonatal de uma maternidade pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, apresentou como resultado a percepção de que a presença da família ainda é vista pela equipe como fiscalizadora do cuidado prestado ao RN e como responsável por executar as funções julgadas como menos importantes. Ressalta a necessidade de novos estudos para sustentar a importância da família nesse contexto e para auxiliar no conhecimento e na compreensão dos enfermeiros envolvidos no cuidado. Sugeriu

aliar os familiares como parceiros críticos e ativos nos cuidados junto aos profissionais de saúde, tornando-se assim uma estratégia importante e promissora para a segurança do paciente (SOUSA et al., 2017).

Uma pesquisa descritiva, de caráter qualitativo, realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Mista (UTIPM) de um hospital do Nordeste brasileiro, os pais relataram que o uso de termos técnicos nas informações dificultava seu entendimento. Além disso, à medida que conseguem captar a rotina do serviço, passam a entender os procedimentos executados e os momentos em que são realizados, surgindo uma concepção de cuidado para eles (SANTOS et al., 2015).

O acolhimento e a comunicação efetiva com os familiares são estratégias significativas para o cuidado seguro em neonatologia, incluindo a preparação para alta e plano de cuidados para RN e pais (TUBBYS-COLEY et al., 2015). Sendo assim, incluiu-se também dentre os itens de verificação dos instrumentos desta pesquisa, a necessidade dos pais/ acompanhantes terem ciência e compreensão das informações recebidas quanto ao plano de cuidado durante a sua internação. Na preparação para a alta, deverá ser informado sobre a importância de manter o seguimento de consultas do RN na Atenção Básica e/ou no ambulatório do serviço de referência da instituição (VIERA; MELLO, 2009).

### **6.2.3 Segurança medicamentosa**

A segurança medicamentosa é ressaltada por vários autores, os quais reforçam sua importância em todas as etapas do processo, seja ela a prescrição, transcrição, dispensação, preparo ou administração de medicamentos. Considerando as especificidades do neonato como a imaturidade dos órgãos e a dificuldade de adaptação extrauterina, o estabelecimento de protocolos e instrumentos de organização do trabalho tornam-se primordiais para propiciar segurança ao paciente (NEUBERT et al., 2010; SANTESTEBAN; ARENAS; CAMPINO, 2015; ZHANG et al., 2017).

A incorporação de estratégias a fim de minimizar esquecimentos durante a execução de procedimentos, promover o acesso seguro às informações relacionadas aos medicamentos e a capacitação da equipe assistencial também são imprescindíveis para a redução da possibilidade da ocorrência de erros (BRASIL, 2013g, h).

Conforme recomendado pelo Ministério da Saúde, o Protocolo de Segurança na prescrição, uso de administração de medicamentos (BRASIL, 2013g), deverá ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, independente dos níveis de complexidade, cujos medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas, incluindo portanto as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

Uma revisão sistemática sobre erros de medicação comparativa entre pacientes adultos, pediátricos e neonatos hospitalizados apontou que os erros de prescrição e administração foram os mais comuns, principalmente os relacionados a erros de dosagem. A conferência da identificação do paciente antes da administração e superdosagens foram os mais comuns nos recém-nascidos. Apesar dos estudos apresentarem os mesmos tipos de erros, o processo do uso de medicamentos em neonatos é mais complexo e tem maiores efeitos deletérios na ocorrência de incidentes (SANSTESTEBAN; ARENAS; CAMPINO, 2015).

Assim como observado no atual estudo, o Ministério da Saúde (2013) orienta a importância da conferência da identificação do paciente antes do cuidado, o que inclui o processo da administração de medicamentos (BRASIL, 2013d, g).

Outro estudo, realizado em uma UTIN de um Hospital Universitário em Minas Gerais avaliou formulários manuais de prescrições de medicamentos de 151 pacientes durante 9 meses e concluiu que os erros de medicação eram os mais comuns, especialmente em prematuros. Os tipos de erros mais frequentes foram diluentes, dose e intervalo (MACHADO et al., 2015), os quais deixam os profissionais de enfermagem vulneráveis ao erro, potencializando o risco aos neonatos. Esses resultados convergem para o uso de *checklist* como benéfico, direcionando os profissionais a realizarem medidas simples que tragam segurança.

O primeiro item apresentado na dimensão no *checklist* de internação que considerou o profissional de enfermagem orientado quanto ao processo seguro da administração de medicamentos foi validado com um IVC de 0,91 na segunda rodada e sua instrução com IVC de 0,91 ainda na primeira rodada. Esse achado ressalta que os especialistas tiveram o entendimento que essa ação é de grande valia para a segurança medicamentosa no decorrer da internação e que muitas vezes é negligenciado pela equipe de enfermagem.

Porém, o mesmo item, no instrumento de admissão alcançou IVC de 0,84 na primeira rodada, 0,88 na segunda e 0,88 na terceira. A justificativa principal dos

especialistas foi que o item pode tornar-se inviável pelo curto período de tempo da admissão, o que justificou sua exclusão do *checklist*. Após a retirada do item, o IVC global do *checklist* de segurança do paciente no cuidado de enfermagem para a admissão em UTIN foi de 0,94, portanto validando seu conteúdo. Apesar da exclusão do item, ressalta-se sobre a importância da conferência das etapas do processo de administração de medicamentos, uma vez que os pacientes frequentemente necessitam de medicamentos e podem apresentar risco de eventos adversos.

Um estudo internacional prospectivo, observacional, comparou a frequência de uso adequado de bombas de infusão em dois períodos distintos; entre estes foram estabelecidas intervenções para melhorar o uso das mesmas. A frequência de manuseio adequado foi de 73,13% na avaliação pós intervenção versus 0% na avaliação prévia (BERGON-SENDIN et al., 2015). Tal fato corrobora com a inclusão do item conferência das bombas de infusão e rótulos das soluções presente nos *checklist* de admissão e internação, o qual foi validado pelos especialistas com IVC de 0,93 na primeira etapa, demonstrando sem questionamentos sua importância como barreira para a segurança do recém-nascido internado em UTIN.

Como orientação para o preenchimento deste item, aprovou-se a orientação de que as bombas de infusão devem ser identificadas com a solução correspondente, com o volume total e a vazão adequados conforme a prescrição médica. Os rótulos devem conter no mínimo o nome completo do paciente, o número do leito, do registro ou número de prontuário, o nome da solução/medicação a infundir, descrição qualitativa e quantitativa dos componentes adicionados à solução, volume e velocidade de infusão, via de administração, data e horário do preparo e identificação do profissional que o realizou (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2016; FELDMAN; CUNHA; D'INNOCENZO et al., 2013).

Campos, Feldman e D'Innocenzo (2017) realizaram uma pesquisa quantitativa, na qual analisou-se os processos éticos-disciplinares dos profissionais de enfermagem de acordo com a Estrutura Conceitual de Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente. Pelos dados analisados observou-se que, apesar de todas as iniciativas para melhorar a segurança do paciente com relação ao processo medicamentoso, ainda há o que se fazer para reduzir o impacto desta falha na assistência. O motivo de centralizar as ações para segurança nos profissionais se dá

principalmente pelo fato da administração pacientes depende da atividade humana, tornando passível a ocorrência de erros.

Nesse sentido, conforme sugerido nos estudos (WEINGART et al., 2011; LONGTIN et al., 2010; SOUSA et al., 2017), a inserção da família como participante ativo na segurança do paciente é mais uma vez enfatizada. Sendo assim, houve a inclusão do item de orientação do acompanhante quanto à terapia medicamentosa em uso no recém-nascido no *checklist* de internação, o qual alcançou, juntamente com sua orientação de preenchimento, o IVC 1,00 na primeira rodada, sem qualquer questionamento dos especialistas. Nesse contexto, Sousa et al. (2017) ressaltaram que apesar dos achados revelarem que os enfermeiros reconhecem os benefícios da família no cuidado do RN, demonstraram pouca compreensão de como o familiar pode auxiliar na segurança do paciente, necessitando assim, de capacitação.

No que se refere ao planejando da alta dos RN, Viera e Mello (2009) reportaram que a continuidade da atenção à saúde da criança deve ser incrementada, visando o seguimento e o suporte adequado a ela e sua família, considerando que o cuidado no período neonatal não pode se restringir ao ambiente hospitalar, devendo ser ampliado para o ambiente externo, objetivando sobrevivência desses bebês com qualidade. Nesse sentido, incluiu-se no *checklist* de preparação para a alta os itens de confirmação do treinamento do acompanhante do RN para a administração das medicações de uso domiciliar e orientação quanto à prescrição e armazenamento das mesmas. Tais item obtiveram IVC de 0,91 na primeira rodada e sua instrução de preenchimento IVC de 0,94 na segunda rodada, validando seu conteúdo.

#### **6.2.4 Prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde**

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) constituem uma preocupação entre pacientes e profissionais de saúde em decorrência da alta frequência nas diversas unidades hospitalares, sobretudo em pacientes em uso de cateteres urinários, vasculares e ventilação mecânica. A elevada frequência das infecções está associada ao aumento da morbimortalidade hospitalar, além de prolongar o tempo de internação e dos custos assistenciais (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014; OLIVEIRA; DAMACENO; RIBEIRO, 2009).

O conhecimento sobre a ocorrência das infecções deve vir acompanhado da adoção de medidas para a prevenção e o controle das mesmas. Nesse contexto, é importante que os profissionais de saúde estejam orientados quanto a essas medidas para que possam prestar uma assistência mais segura (OLIVEIRA; DAMACENO; RIBEIRO, 2009).

Neste trabalho, foi encontrado um valor de IVC igual a 0,92, tanto no instrumento de admissão, quanto no de internação, em relação ao item “Profissional de enfermagem certifica se existem riscos relacionados à infecção”. Isso reflete que os especialistas concordam com a importância de a equipe de enfermagem ter conhecimento em relação às medidas de prevenção de IRAS. Em um estudo sobre o conhecimento autorreferido de médicos e enfermeiros sobre medidas de prevenção de infecção durante a inserção e manipulação de CVC, a maioria afirmou não ter recebido treinamentos relativos à temática no ano da pesquisa (SILVA; OLIVEIRA, 2018). Leandro e Branco (2011) afirmam que o treinamento é uma estratégia interessante, pois estimula os trabalhadores a serem mais produtivos, criativos e inovadores.

Sabe-se que a estratégia mais eficaz no combate às infecções é a higienização adequada das mãos, preconizada desde a prática clínica do médico Semmelweis que associou a elevada mortalidade materna com a inadequada lavagem das mãos (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014; OLIVEIRA, DAMACENO; RIBEIRO 2009).

Entre os diferentes tipos de higienização das mãos, destaca-se que a fricção antisséptica alcoólica, usada quando não há sujidade visível, a qual contribui para otimizar o processo de trabalho dos profissionais de saúde, além de ser uma técnica simples. De acordo com a RDC nº 42/2010 da ANVISA/MS, a preparação alcoólica deve estar disponível à beira do leito do paciente e em lugar visível e de fácil acesso (BRASIL, 2010).

Apesar do IVC de 0,91 no item “Dispensador com álcool gel próximo ao paciente” ter alcançado resultado satisfatório e sido mantido nos *checklists* de admissão e internação, acredita-se que esse resultado poderia ter alcançado índice maior, pois além da recomendação da ANVISA supracitada, iniciativas de organizações apontam que essa medida deva ser adotada para o controle de infecções (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b).

Uma preocupação importante no contexto da neonatologia, que pode influenciar as taxas de infecção e, assim, estar relacionada com a segurança do paciente, é a manutenção da normotermia nos RN. O controle da temperatura corporal em recém-nascidos, sobretudo nos prematuros, acontece de forma deficiente, devido ao desequilíbrio entre perda e produção de calor. Nesses indivíduos, há aumento da perda de calor associada a: maior área de superfície corporal, epiderme não queratinizada, maior taxa de evaporação, mais tecido subcutâneo e menor capacidade de vasoconstrição cutânea. Por outro lado, a diminuição da produção de calor relaciona-se com: menor estoque de gordura marrom, menor mobilização de noradrenalina e ácidos graxos livres e consumo limitado de oxigênio por problemas pulmonares (BRASIL, 2011a).

Este estudo obteve IVC igual a 0,95 sobre a recomendação da temperatura e a umidificação da incubadora e a temperatura do berço nos *checklists* de admissão e internação. Trata-se de um resultado expressivo devido à importância já mencionada de monitorizar temperatura e umidificação desses equipamentos. Estudo desenvolvido em Guiné Bissau apontou que os efeitos da hipotermia em RN estão associados à mortalidade não só no período neonatal, como até dois meses de idade (SODEMANN, 2008). Balbino et al. (2013), em estudo retrospectivo documental que avaliou a termorregulação de RN admitidos em unidade de urgência e emergência pediátrica, encontraram que, embora a maioria apresentasse normotermia à admissão, cerca de 40% desenvolveu distúrbios de termorregulação, o que reforça a abordagem do item temperatura em ambos os *checklists* desenvolvidos neste trabalho.

Em uma revisão de literatura conduzida sobre integridade cutânea em recém-nascido pré-termo (RNPT), apontou que embora esses pacientes apresentem centro de regulação térmica, este pode ser comprometido parcial ou totalmente devido à terapia medicamentosa ou alterações patológicas, comprometendo a manutenção da temperatura corporal (MARTINS, 2009).

Assim, nesses pacientes, há uma tendência maior à hipotermia, conforme encontrado no trabalho de Ventura, Alves e Meneses (2012), no qual distúrbios de termorregulação (maioria hipotermia) foi o evento adverso mais frequente (29%) entre os RN internados na UTIN. A hipotermia compromete o sistema respiratório, pois diminui a produção de surfactante, além de aumentar o consumo de oxigênio. Em situações mais graves, pode ocorrer hipotensão, bradicardia, respiração

irregular, diminuição de atividade, sucção débil, diminuição de reflexos, náuseas e vômitos, acidose metabólica, hipoglicemia, entre outros, podendo levar ao aumento das infecções e ao óbito neonatal (BRASIL, 2011b).

Considerando que as unidades de terapia intensiva neonatais são compostas, em sua maioria, por RN prematuros e que a hipotermia nesses pacientes é fator de risco para pior prognóstico, a manutenção da normotermia deve ser uma preocupação dos profissionais de saúde, principalmente da equipe de enfermagem, que é responsável pelo monitoramento da temperatura corporal (BRASIL, 2011b). Uma das estratégias empregadas com esse objetivo é o uso de incubadoras e berços aquecidos, os quais têm sido amplamente utilizados e permitem o ajuste de temperatura. As incubadoras possibilitam também o controle da umidificação, garantindo um consumo mínimo de oxigênio e energia pelos RN (NAKA; FREIRE, SILVA, 2016; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017).

De forma em geral, neonatos com maiores pesos e idades gestacionais, requerem temperatura menos elevadas nas incubadoras para alcance da normotermia, conforme TAB. 2 a seguir:

Tabela 2 – Temperatura ambiente neutra

Idade e peso	Temperatura*	
	No início (°C)	Faixa (°C)
0 a 6h		
Abaixo de 1.200 g	35,0	34,0 a 35,4
1.200 a 1.500 g	34,1	33,9 a 34,4
1.501 a 2.500 g	33,4	32,8 a 33,8
Acima de 2.500 g (e > 36 semanas de gestação)	32,9	32,0 a 33,8
6 a 12 h		
Abaixo de 1.200 g	35,0	34,0 a 35,4
1.200 a 1.500 g	34,0	33,5 a 33,4
1.501 a 2.500 g	33,1	32,2 a 33,8
Acima de 2.500 g (e > 36 semanas de gestação)	32,8	31,4 a 33,8
12 a 24 h		
Abaixo de 1.200 g	34,0	33,0 a 35,4
1.200 a 1.500 g	33,8	33,3 a 34,3
1.501 a 2.500 g	32,8	31,8 a 33,8
Acima de 2.500 g (e > 36 semanas de gestação)	32,4	31,0 a 33,7

Fonte: Klaus e Fanaroff (2001).

Já em relação à umidade, na prática clínica, diferentes valores são empregados, tendo em vista que não há consenso sobre o que seria adequado para cada RN, considerando sua idade gestacional e peso, para orientação dos

protocolos institucionais (SINCLAIR; CRISP; SINN, 2009). É preconizado, todavia, que até sete dias de vida, a umidificação esteja entre 75 e 80%, conforme Cloherty e Eichenwald e Stark (2015).

A busca por evidências de práticas ideais para estabilidade térmica e minimizar os gastos energéticos dos RNPT fazem-se necessários, considerando que distúrbios de termorregulação são um dos eventos adversos mais frequentes nas unidades de terapia intensiva neonatais (MANANI et al., 2013). O posicionamento do RN, por exemplo, pode favorecer a regulação térmica reduzindo a troca de calor da superfície corporal com o ambiente externo, principalmente quando na posição fetal, a qual promove redução da superfície corpórea do RN e seu contato com objetos termicamente neutros (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017).

Outro ponto importante encontrado foi a participação da família e do acompanhante na segurança do paciente vem sendo apontada na literatura como importante auxílio na prevenção de eventos adversos, principalmente no contexto neonatal e pediátrico. (VENTURA; ALVES; MENESES, 2012). Uma das possíveis ações para engajamento do acompanhante, nesse contexto, é a orientação do mesmo sobre os riscos de infecção. Em 2017, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lançou o manual “Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes”, no qual são descritas algumas medidas que devem ser adotadas em prol da segurança do paciente. Dentre elas, no tópico prevenção de IRAS, há orientações direcionadas aos acompanhantes, tendo em vista que algumas podem ser transmitidas também pelas mãos dos mesmos (BRASIL, 2017). Esse fato reforça a importância do acompanhante estar bem orientado quanto aos riscos de infecção.

Neste trabalho, foram alcançados valores de IVC iguais a 0,95 nos itens “acompanhante orientado quanto aos riscos de infecção” e “acompanhante orientado quanto aos riscos de infecção no ambiente extra-hospitalar”. Isso confirma a relevância que os especialistas conferem à temática, bem como consideram o acompanhante fundamental para colaborar na prevenção de infecções durante a internação e após a alta hospitalar. Medidas preventivas são preconizadas no manual “Prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde em neonatologia”, como a higienização das mãos, restringir o uso de telefones celulares e evitar exposição passiva da criança ao fumo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017).

Em estudo realizado em uma UTIN, que objetivou identificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre o controle de infecção, foi encontrado que a orientação aos pais quanto ao manuseio do seu recém-nascido foi um importante fator contribuinte na prevenção das IRAS (LORENZINI; COSTA; SILVA, 2013). Vianna et al. (2012), em estudo que avaliou as informações assimiladas por 268 mães e acompanhantes de RN internados em uma UTIN, concluíram que a orientação foi uma medida eficaz para adquirir noções básicas de infecção, apontando a possibilidade de sua contribuição para o controle e a prevenção de infecções na Unidade e após a alta no domicílio.

Com relação aos cateteres vasculares, a literatura apresenta-os como imprescindíveis na assistência à saúde para recebimento de fluidos intravenosos e medicamentos, nutrição parenteral, monitorização hemodinâmica e transfusão de hemoderivados, especialmente em terapia intensiva (GOMES; NASCIMENTO, 2013; WANG; LIU; WANG, 2016). Apesar dos benefícios associados a essa terapêutica, seu uso implica riscos como infecções locais e sistêmicas, infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter (ICSRC), tromboflebite séptica, endocardite e outras infecções metastáticas (por exemplo, abscesso pulmonar, abscesso cerebral, osteomielite e endoftalmite) (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2011).

A maioria das infecções graves relacionadas a cateteres está associada a cateteres venosos centrais (CVC), comumente utilizados nas UTIN (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2011). A fim de reduzir essas infecções, estratégias vêm sendo empreendidas, destacando-se a seguinte: *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*, publicada pela instituição norte-americana *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). Essas diretrizes foram desenvolvidas para profissionais de saúde que manipulam os cateteres intravasculares e para responsáveis pela vigilância e controle de infecções no âmbito da assistência à saúde (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2011).

### **6.2.5 Prevenção de queda**

A prevenção de quedas e lesões decorrentes destas consta como uma das Metas Internacionais da Segurança do Paciente, a qual prioriza uma assistência

mais segura aos pacientes internados (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014). Os RN estão em risco de queda desde o nascimento por serem vulneráveis e dependerem unicamente dos cuidadores para estarem protegidos. Além disso, a queda é um problema multifatorial devido às complexidades físicas, emocionais e psicológicas de todos os que estão envolvidos, podendo causar desde lesões físicas, como hematomas, fraturas e encefalopatias até questões emocionais, como culpa, vergonha, depressão e ansiedade nos cuidadores, sejam eles pais, familiares ou os próprios profissionais de saúde (MONSON et al., 2008, HELSEY; MCDONALD; STEWART, 2010).

A literatura apresenta como fatores de riscos maternos que podem favorecer a ocorrência de quedas em seus filhos recém-nascidos a exaustão e a fadiga, desencadeadas pelo parto e, algumas vezes, persistente no período puerperal, as alterações hormonais, a privação do sono, o uso de drogas, o nível de dor e a capacidade de absorver as informações transmitidas pelos profissionais de saúde (TORINO et al., 2016).

No contexto da terapia intensiva neonatal, a equipe de enfermagem, além dos médicos, tem papel crucial na identificação de situações de risco, pois estão mais envolvidos no cuidado, inclusive em se tratando de quedas, bem como na aplicação de soluções devido à sua formação, competência e habilidades (TOMAZONI et al., 2017).

A falta de identificação dos pacientes com risco de queda, a não avaliação do risco e a não implementação de intervenções adequadas e personalizadas para a prevenção, reportam a situações graves de risco para ele e para a comunidade (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2012).

Considerando a falta de instrumentos validados que avaliem tal risco nestes pacientes, faz-se necessário a seleção de critérios específicos para a avaliação conforme a realidade de cada instituição. Entretanto, algumas considerações encontradas isoladamente na literatura foram colocadas em discussão para os especialistas por meio dos itens da dimensão “prevenção de quedas” nos *checklists* de admissão, internação e preparação para a alta, a fim de consolidar ações e cuidados primordiais para a prevenção da queda na população neonatal, favorecendo o trabalho da equipe de enfermagem.

Entre todas as temáticas abordadas nos instrumentos deste trabalho, essa foi a dimensão que obteve maior concordância entre os especialistas nos três

*checklists*, não havendo nenhuma sugestão de melhoria. Os IVC dos itens alcançaram individualmente índices entre 0,98 e 1,00, demonstrando, portanto, seu reconhecimento enquanto práticas de enfermagem que favorecem a segurança do RN internado.

Os itens de checagem incluíram: a verificação do travamento das rodas dos berços e das incubadoras; o travamento das laterais dos berços e das portinholas das incubadoras; e, a orientação dos acompanhantes quanto às medidas de prevenção de quedas do RN. Ressalta-se que essas ações não estão descritas em manuais ou estudos científicos, porém, não obstante tais comprovações, a prática observada tornou-se efetiva e viável na prevenção de quedas de recém-nascidos.

Um estudo descritivo buscou compreender as intervenções que poderiam ser úteis na prevenção de quedas dos recém-nascidos. Um comitê foi designado para desenvolver uma política para lidar com quedas nesse grupo e criou orientações e ferramentas para a equipe. Além disso, atualizaram os cartões de berço, onde incluíram informações sobre queda e sono seguro, e revisaram as orientações para os pais na admissão com informações adicionais sobre a prevenção das quedas. Constatou-se que a incidência de queda de RN diminuiu a partir da implementação dessas mudanças (AINSWORTH et al., 2016).

### **6.2.6 Prevenção de lesão de pele**

A pele do neonato corresponde a 13% da superfície corpórea e sua fragilidade aumenta as demandas hídricas e o risco para labilidade térmica, provoca aumento da absorção transepidermica de substâncias, bem como contribui para maior colonização de microrganismos e infecção invasiva. Em torno de 80% da morbimortalidade dos RN estão relacionadas a traumas ou alterações da função da pele, como resultado de sua imaturidade funcional atrelada aos cuidados prestados a eles na assistência à saúde (MARTINS; TAPIA, 2009).

Diante disso, a atenção para a integridade da pele durante o período inicial da vida torna-se fundamental, uma vez que a pele é uma barreira de proteção dos órgãos internos e diversas causas podem danificar sua função protetora como queimaduras, dermatites, úlceras, traumas e entre outros (FONTENELE; PAGLIUCA; CARDOSO, 2012).

Nas UTIN, as práticas de cuidado que podem interferir na integridade da pele do RN incluem: manipulação; banho; aplicação de produtos para antisepsia; fixação ou remoção de adesivos para suporte à vida; aparelhos de monitorização e a realização de procedimentos invasivos (WHALEY; WONG, 1999).

Em conformidade com tais práticas, vários itens foram incluídos nos *checklists* de admissão e internação após a validação por parte dos especialistas com altos valores de IVC na primeira rodada. Um destes itens foi descrito como a necessidade de checagem do posicionamento e fixação da sonda gástrica, dos dispositivos vasculares, ventilatórios e de monitorização, o qual recebeu um IVC de 0,90 e sua instrução de preenchimento 0,98.

A fixação adequada dos dispositivos utilizados em uma UTIN para a manutenção da vida do RN é de extrema importância, devendo ser utilizadas fita adesiva elástica ou fita adesiva microporosa, visando evitar eventos adversos como extubação acidental, perda de sondas e dispositivos. A pronga nasal, utilizada em ventilação de suporte, deve ser fixada de forma segura, com objetivo de evitar lesões do septo nasal. Entende-se por segura aquela onde não há tração ou pressão do tubo traqueal ou da pronga no septo nasal, assim como na região perioral. Para fixação do sensor do oxímetro e proteção ocular do RN exposto a fototerapia, o uso de tiras com velcro é uma opção. Recomenda-se alternar o local de fixação, em média a cada 4 horas, para evitar lesão de pele (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017).

O posicionamento é uma estratégia que precisa ser utilizada na prevenção de lesão por pressão. A equipe deve ter bem definidos o processo e a frequência para mudança de decúbito, podendo utilizar-se de apoio para alívio da pressão corporal especialmente nos locais de proeminência óssea. O lençol deve estar bem esticado, evitando dobras em sua superfície, as quais prejudicam o conforto do RN, podem desencadear dor e ainda provocar lesões (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017).

Assim, incluiu-se nos *checklists* de admissão e internação o item de conferência pelo profissional de enfermagem quanto ao posicionamento adequado do recém-nascido e a periodicidade da mudança de decúbito ou alívio de pressão (principalmente nos casos em que o paciente estiver clinicamente instável e impossibilitado de ser submetido à mudança do decúbito completa). No instrumento de admissão, foi validado na segunda rodada com IVC de 0,97 e sua instrução de

preenchimento alcançou IVC de 0,94 na terceira rodada, após ter recebido sugestões de alterações dos especialistas. No instrumento de internação, o mesmo item atingiu IVC de 0,91 na terceira rodada e sua instrução recebeu IVC de 0,91 ainda na primeira rodada, justificando sua importância.

Um estudo quase experimental realizado em um grande centro médico dos EUA com pacientes de zero a três meses de idade, objetivou determinar a existência de associação de um *bundle* sobre prevenção de úlceras por pressão a uma redução significativa no desenvolvimento dela em crianças na UTIP e UTIN. Encontrou-se como resultados que as úlceras por pressão podem ser prevenidas nos pacientes mais vulneráveis com a implementação consistente de intervenções baseadas em evidências científicas e sistemas de suporte para auxiliar enfermeiros com a mudança nas práticas do cuidado (SCHINDLER et al., 2013).

Um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em uma UTIN de uma cidade do Sul do Brasil, objetivou conhecer as vivências da equipe de enfermagem com as lesões de pele do RNPT internado nesse ambiente. Concluíram que a atuação desses profissionais na prevenção e tratamento das lesões de pele é uma ação desafiadora, tendo em vista a necessidade do constante manuseio do recém-nascido. Além disso, os autores constataram que é preciso desenvolver a habilidade do exame físico diário dos RNPT para a detecção de possíveis lesões; ter atenção redobrada no manuseio de equipamentos e dispositivos que auxiliam na recuperação dos RNPT, evitando ao máximo a fixação de adesivos à pele ao realizar mudanças frequentes de decúbito e, por fim, elaborar e aprimorar protocolos específicos de cuidados com a pele (OLIVEIRA et al., 2014).

Outro item abordado no instrumento de admissão foi a retirada residual da clorexidina da pele do RN, a qual foi validada pelos especialistas com IVC de 0,91 na segunda rodada e sua instrução de preenchimento validada com IVC idêntico, porém na primeira rodada. Nesta, foi especificada uma das finalidades de tal ação: reduzir o risco de queimaduras na pele do RN (IMDAD et al., 2013).

No *checklist* de internação, o item de checagem da ciência do profissional quanto ao tipo e à periodicidade da higienização corporal foi validado, assim como sua instrução de preenchimento com IVC de 0,91 na primeira rodada.

Há uma ausência de recomendações na literatura baseadas em consensos sobre as práticas de higiene do RN. Em geral, são influenciadas pela experiência familiar anterior e por questões culturais (DYER, 2013). Estudos realizados entre os

anos de 2010 e 2013 demonstram que as práticas de higiene podem afetar a saúde da pele do RN (GARCIA et al., 2010; STATMATAS; WALTER, 2011; NESS; DAVIS; CAREY, 2013). Outros estudos publicados recentemente demonstraram algumas recomendações pautadas em evidências científicas, como o de Blume-Peytavi et al. (2016), o qual apresenta:

- Utilizar no banho apenas água ou sabonetes líquidos adequadamente produzidos sem prejudicar o processo de maturação da pele;
- Manter limpa a área de fralda e higienizar suavemente com algodão e água ou usar lenços apropriados;
- Para manter e melhorar a função de barreira da pele, os emolientes apropriadamente formulados para recém-nascidos podem ser utilizados, assim como os óleos também apropriados podem ser aplicados para hidratação da pele;
- Os produtos para bebês devem ser formulados para manter a superfície da pele com pH de aproximadamente 5,5, e as formulações e seus ingredientes constituintes devem ter sido submetidos a um extenso programa de testes de segurança.

Contudo, cabe mencionar que ainda faltam estudos com níveis de evidências fortes acerca dos cuidados seguros com a pele do bebê, de forma que exista uma padronização do cuidado, possibilitando o aperfeiçoamento da prática do enfermeiro e orientações seguras para a família.

No instrumento de preparação para a alta, foi incluído o item de checagem da orientação dos acompanhantes quanto aos riscos de queda, a forma adequada de transporte do RN e outro relativo aos cuidados com a pele e higienização corporal, os quais foram validados na primeira rodada juntamente com sua instrução de preenchimento com IVC de 0,98 e 0,95, demonstrando concordância significativa e sua clara importância dentre os especialistas participantes do estudo.

Tendo em vista a grande ocorrência de lesões na população neonatal, é importante que os enfermeiros continuem aperfeiçoando o nível de compreensão acerca dos índices de ocorrência desses danos e as intervenções mais eficazes baseadas em evidências. Por fim, essas ações possibilitarão um atendimento mais seguro ao recém-nascido e um cuidado livre de riscos e danos.

## 7 CONCLUSÃO

Com o desenvolvimento desta pesquisa foi possível atingir os objetivos propostos de construção de instrumentos, na forma de *checklists*, para a verificação de ações, que implicam nos cuidados de enfermagem pautados na segurança do paciente internado em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

O produto da pesquisa consiste em estratégia de promoção à segurança do neonato e contribui para a identificação e prevenção de riscos e incidentes decorrentes do cuidado a ele prestado. A construção do instrumento foi pautada nas Metas Internacionais da Segurança do Paciente, as quais foram formalizadas no Brasil a partir da publicação da Portaria 529/2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente. O processo de validação de conteúdo dos *checklist* ocorreu por meio de um comitê de especialistas na área de segurança do paciente e enfermagem neonatal.

O instrumento no desenho do *checklist* reúne dados objetivos para que o enfermeiro e a equipe de enfermagem certifiquem sobre a realização de ações básicas de segurança desde a admissão até a alta do paciente da UTIN. A metodologia de uso do instrumento pode ser capaz de auxiliar na detecção dos riscos dos pacientes, permitindo a intervenção e mudanças no processo de trabalho.

A formulação de estratégias com vistas à segurança do paciente internado não é uma tarefa fácil, especialmente quando se trata da construção de um instrumento, que visa nortear a prática segura da equipe de enfermagem a qual assiste o neonato na UTIN. O desafio da construção dos instrumentos foi selecionar as atividades prioritárias dentre muitas, que essa equipe realiza. Ademais, é imprescindível que essas ações realmente expressassem orientações claras e objetivas com vistas ao cuidado seguro.

Outro ponto a destacar foi, que apesar do número crescente de pesquisas na área da neonatologia, as quais objetivam desenvolver e avaliar soluções eficazes para o cuidado ao recém-nascido, muitas não apresentam evidências que respaldam de maneira segura a execução das práticas assistenciais.

Após a delimitação da estrutura e conteúdo, a primeira versão do *checklist* de admissão contemplou itens de checagens, com opções e passou pela validação, a fim de verificar a adequabilidade ao propósito.

Na primeira rodada, os 43 especialistas avaliaram o *Checklist* de segurança do paciente no cuidado de enfermagem para a admissão em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Para tanto, estes analisaram, inicialmente, o conteúdo do título, do cabeçalho e das orientações gerais de preenchimento e, logo após, os itens de checagem seguidos de suas instruções individuais de preenchimento, considerando os critérios de pertinência, objetividade, clareza e relevância. Como resultado, dentre os 18 itens de checagem e suas respectivas instruções de preenchimento, 16 deles foram validados nesta rodada com IVC entre 0,90 e 1,00 e os demais, com IVC entre 0,63 e 0,68 foram ajustados conforme as sugestões dos especialistas e seguiram para a segunda rodada.

O *Checklist* de segurança do paciente no cuidado de enfermagem na internação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal seguiu os mesmos critérios de avaliação do instrumento de admissão. Na primeira rodada, 29 itens de checagem e suas respectivas instruções foram validados com IVC entre 0,91 e 1,00 e os demais, com IVC entre 0,70 e 0,88 foram ajustados conforme a sugestão dos especialistas e seguiram para a segunda rodada.

O *Checklist* para a segurança do paciente no preparo para a alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal também seguiu os mesmos critérios de avaliação dos instrumentos anteriores, porém, todos os itens de checagem foram validados ainda na primeira rodada com IVC entre 0,91 e 0,98, excluindo a necessidade de demais rodadas. Dentre as suas respectivas instruções de preenchimento, três foram validadas também na primeira rodada com IVC de 0,93 e 0,95 e as demais, com IVC entre 0,84 e 0,88 receberam os ajustes conforme sugestões dos especialistas e seguiram para a próxima rodada.

Do *Checklist* de segurança do paciente no cuidado de enfermagem na internação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, dos sete itens de checagem e das seis instruções de preenchimento, cinco itens e cinco instruções foram validados com IVC entre 0,91 e 1,00 e os demais, com IVC entre 0,85 e 0,88 foram ajustados conforme a sugestão dos especialistas e seguiram para a terceira rodada.

No *Checklist* para a segurança do paciente no preparo para a alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, as três instruções de preenchimento dos itens do que foram para a segunda rodada de validação receberam IVC entre 0,94 e 1,00.

Conclui-se, assim, que os objetivos propostos para esse estudo foram alcançados nos instrumentos intitulados como “*Checklist* de segurança do paciente

no cuidado de enfermagem para a admissão em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal”; “*Checklist* de segurança do paciente no cuidado de enfermagem na internação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal” e *Checklist* para a segurança do paciente no preparo para a alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”.

O presente estudo possui contribuições para o ensino, pesquisa e prática profissional. Para o ensino, o instrumento é educativo, pois recomenda cuidados de enfermagem pautados nas Metas Internacionais da Segurança do Paciente e no Programa Nacional de Segurança do Paciente, podendo ser utilizado como roteiro para direcionar o aprendizado de estudantes de enfermagem. Além disso, é um instrumento para reflexão sobre a segurança do paciente e sobre a responsabilidade legal dos profissionais de enfermagem no registro de suas ações. Na área da pesquisa, os *checklists* podem servir como modelo para a construção de novas ferramentas, que favoreçam a melhoria da qualidade e da segurança na assistência. Ademais, o uso do instrumento pode direcionar os cuidados de enfermagem na prevenção do risco aos neonatos internados, fornecer dados de indicadores da qualidade do cuidado e auxiliar no registro físico das informações, situação a qual, documenta e respalda a assistência de enfermagem prestada ao paciente.

Entretanto, a implementação do instrumento pode ser negligenciada, uma vez, que as listas de verificação podem ser pouco compreendidas quanto à sua finalidade e importância para a segurança do paciente ou para qualquer outro fim.

Ressalta-se que os resultados da pesquisa se limitam à validade de conteúdo, recomendando, posteriormente, à validação clínica do instrumento. Também é importante observar a necessidade de aperfeiçoamento constante dos *checklists*, o que será possível apenas se houver a implementação destes nos serviços de saúde.

Como limitações do estudo houve a dificuldade do recrutamento dos participantes da pesquisa, uma vez que para elencar especialistas com o perfil de enfermeiro da área assistencial, com atuação e experiência em segurança do paciente não foi possível através da avaliação do currículo lattes, pois grande parte destes profissionais não atuam em pesquisa e/ou docência, não estando inseridos, portanto, na Plataforma Lattes. Outra dificuldade específica foi obter o retorno dos especialistas, uma vez que sua contribuição é voluntária e exige disponibilidade por parte deles. Ademais, outra limitação foi a elaboração de um instrumento breve para

não inviabilizar a aplicação na realidade assistencial, porém com itens mínimos essenciais para garantir um cuidado de qualidade.

Salienta-se que, até o presente momento, não se encontrou na literatura um instrumento validado para a segurança do paciente neonatal nos momentos de admissão, internação e preparação para a alta da UTIN, o que evidencia a relevância e ineditismo dos produtos desta pesquisa.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Higienização das Mãos em Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao\\_maos/manual\\_integra.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/manual_integra.pdf)>. Acesso em: 21 set. 2018.

\_\_\_\_\_. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**: higienização das mãos. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente\\_hig\\_maos.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf)>. Acesso em: 23 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. **RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção anti-séptica das mãos, pelos serviços de saúde do país e dá outras providências. Rio de Janeiro, 26 out. 2010. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-42de-25-de-outubro-de-2010>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Rio de Janeiro, 2013a. 174p. Disponível em: <[http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia\\_Segura.pdf](http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf)>. Acesso em: 05 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Rio de Janeiro, 2013b. Disponível: <[http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia\\_Segura.pdf](http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf)>. Acesso em: 18 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. **Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente?**: orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Como+posso+contribuir+para+aumentar+a+seguran%C3%A7a+do+paciente/52efbd76-b692-4b0e-8b70-6567e532a716>>. Acesso em: 18 fev. 2015.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **About AHRQ**. Rockville, MD, 2011. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/about/atag glance.htm>>. Acesso em: 06 set. 2018.

AINSWORTH R. M. et al. A Comprehensive Initiative to Prevent Falls Among Newborns. **Nursing for Women's Health**, [S.l.], v. 20, n. 3, p. 247-257, 2016. Disponível em: <[https://nwhjournal.org/article/S1751-4851\(16\)30109-X/pdf](https://nwhjournal.org/article/S1751-4851(16)30109-X/pdf)>. Acesso em: 09 maio 2018.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, jul. 2011. Disponível

em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232011000800006&Ingen&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000800006&Ingen&nrm=iso)>. Acesso em: 16 maio 2017.

ALVES, K. Y. A. et al. Identificação do paciente nos registros dos profissionais de saúde. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 79-86, 2018.

AMAYA, M. R. et al. Construção e validação de conteúdo de *checklist* para a segurança do paciente em emergência, **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. esp., p. e68778, 2016. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v37nspe/0102-6933-rngenf-1983-14472016esp2016-68778.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

AMER, M. et al. Neonatal skin care: what should we do? A four-week follow-up randomized controlled trial at Zagazig University Hospitals. **Int J Dermatol**. 2017 Nov;56(11):1198-1203. 2017 Sep 7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28884798>. Acesso em: 16 jul. 2018.

ARAÚJO F. L. et al. Adesão ao bundle de inserção de cateter venoso central em unidades neonatais e pediátricas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, e3269, 2017. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-2342017000100453&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-2342017000100453&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 25 out. 2016.

AREDES, N. D. A.; SANTOS R. C. A.; FONSECA, L. M. M. Skin care of premature newborns: integrative review. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.19, a59, 2017. Disponível em:<<http://doi.org/10.5216/ree.v19.43331>>. Acesso em:< 18 jun. 2018.

AZAB, S. F. et al., 2015. Reducing ventilator-associated pneumonia in neonatal intensive care unit using “VAP prevention Bundle”: a cohort study. **BMC infectious diseases**, London, v. 15, n. 314, Aug. 2015. Disponível em:<<https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12879-015-1062-1>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

BALBINO, A. C. et al. Termorregulação do recém-nascido: cuidados na admissão em unidade de emergência pediátrica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza**, v. 14, n. 2, p. 320-330, 2013. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027986010>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BALTOR, M. R. R. et al. Autonomia da família e a relação com os profissionais da saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá**, v. 11, n. 1, p. 44-50, 2012.

BARENFANGER, J. et al. Improving Patient Safety by Repeating (Read-Back) Telephone Reports of Critical Information, **American Journal of Clinical Pathology**, Oxford, v. 121, n. 6, p. 801-803, June 2004.

BATISTA, A. C. O. **Cultura de segurança do paciente na perspectiva de profissionais da enfermagem obstétrica e neonatal**. 2015. 132 fl. Dissertação

(Mestrado em enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

BELLUCCI JUNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento de Risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 751-757, set./out. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/06.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

BERGON-SENDIN, E. et al. Smart pumps and random safety audits in a Neonatal Intensive Care Unit: a new challenge for patient safety. **BMC pediatrics**, London, v. 15, n. 206, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4676130/>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

BITTENCOURT, H. R. et al. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação de disciplinas na educação superior. **Estudos em Avaliação Educacional**, São Paulo, v. 22, n. 48, p. 91-114, 2011. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/eae/v22n48/v22n48a06.pdf>. Acesso em: 16 out. 2017.

BLUME-PEYTAVI, U. et al. Recommendations from a European Roundtable Meeting on Best Practice Healthy Infant Skin Care. **Pediatric Dermatology**, Boston, v. 33, n. 3, p. 311-321, 2016. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/pde.12819>>. Acesso em: 05 maio 2018.

BOYD, M. et al. Read-back improves information transfer in simulated clinical crises. **BMJ quality and safety**, London, v. 23, n. 12, p. 989-993, 2014.

BRASIL. **Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986**. Brasília, 25 jun 1986. Seção 1, p. 9275-9279.

\_\_\_\_\_. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. **Resolução - RDC n. 42, de 25 de outubro de 2010**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. Brasília, Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 63, de 25 de Novembro de 2011**. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-63-de-25-de-novembro-de-2011>>. Acesso em: 30 maio 2018.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou

potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html) >. Acesso em: 30 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 21 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em:[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em: 21 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.377, de 9 de Julho de 2013. Aprova os protocolos de segurança do paciente: Protocolo para Cirurgia Segura; Protocolo para a Prática de Higiene de Mãos em Serviços de Saúde; Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão. **Diário Oficial [da] União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Seção 1, p. 47. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377\\_09\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html)>. Acesso em: 10 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. **Protocolo de Higiene das Mãos**. Brasília, Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <  
[https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/higien-e-das-maos?category\\_id=176](https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/higien-e-das-maos?category_id=176)>. Acesso em: 18 maio 2017.

\_\_\_\_\_. **Protocolo de Identificação do Paciente**. Brasília, Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em: <  
<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/identificacao-do-paciente>>. Acesso em: 18 maio 2017.

\_\_\_\_\_. **Protocolo de Prevenção de Quedas**. Brasília, Ministério da Saúde, 2013e. Disponível em: <  
<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/prevencao-de-quedas>>. Acesso em: 18 maio 2017.

\_\_\_\_\_. **Protocolo de Úlcera por Pressão**. Brasília, Ministério da Saúde, 2013f. Disponível em:  
<<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>>. Acesso em: 18 maio 2017.

\_\_\_\_\_. **Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. Brasília, Ministério da Saúde, 09 julho 2013g. Disponível em:  
<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>. Acesso em: 18 maio 2017.

\_\_\_\_\_. Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de Julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília: Ministério da Saúde, 26 julho 2013h. Seção 1, p. 32-33. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)>. Acesso em: 10 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.095, de 24 de Setembro de 2013. Aprova os protocolos de segurança do paciente: Protocolos de Prevenção de Quedas; o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos. **Diário Oficial [da] União**, Brasília: Ministério da Saúde, 25 setembro 2013i. Seção 1, p. 47. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095\\_24\\_09\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html)>. Acesso em: 15 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40p. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru**: manual. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 340 p.: il.

CARDOSO, A. Implantação de prescrição eletrônica a fim de otimizar a dispensação de medicamentos. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, São Paulo, v. 4. n. 4. p. 39-45, 2013. Disponível em:<<http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/2013040406000468BR.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

CARVALHO, E. C. et al. Critérios para seleção de experts em estudos de validação de diagnósticos. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 10., 2010. Brasília. **Anais...** Brasília: ABEn, 2010. p. 787-790.

CASTELLS, M. **Comunicación y Poder**. Madri: Alianza Editorial, 2009.

CAVALCANTE, A. C.B. et al. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. **Revista Enfermaria Global**, Múrcia, v. 31, n. 4, 2015. Disponível em:<<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/907/141>>. Acesso em: 24 mar. 2018.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. **Centers for Disease Control**, Atlanta, v. 51, n. RR16, p. 1-45, 2002. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12418624>>. Acesso em: 24 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. **Guidelines Library**. Atlanta, 2011. Disponível em:<<https://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsiguideines-2011.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2018.

CHASSIN, M. R, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality **JAMA**, Chicago, v. 280, n. 11, p. 1000-1005, 1998.

CLOHERTY, J.; EICHENWALD, E.; STARK, A. **Manual de neonatologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (São Paulo). **Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente: 10 passos para a segurança do paciente**. São Paulo, 2010. Disponível em: <[http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10\\_passos\\_seguranca\\_paciente\\_0.pdf](http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf)>. Acesso em: 19 mar. 2018.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais**. 5. ed. Rio de Janeiro: CBA, 2014. Disponível em: <[https://www.jcinc.com/assets/1/14/EBJCIH14B\\_Sample\\_Pages.pdf](https://www.jcinc.com/assets/1/14/EBJCIH14B_Sample_Pages.pdf)>. Acesso em: 23 out. 2017.

COSTA, R.; PADILHA, M. I. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, 248- 255, jun. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200006)>. Acesso em: 20 jun. 2016.

DAL SASSO, G. T. M.; SOUZA, M. L. A simulação assistida por computador: a convergência no processo de educar-cuidar da enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 36-44, 2011.

DANIELS, J. P. et al. Identification by families of pediatric adverse events and near misses overlooked by health care providers. **Canadian Medical Association**, Ottawa, v. 184, n.1, p. 29-34, 2012.

DAVIS, L. L. Instrument review: getting the most from a panel of experts. **Applied Nursing Research**, [S.l.], v. 5, n. 4, p. 194-197, 1992. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-erros-e-acidentes-no-bloco-operatorio-revisao-do-X0870902510898559>>. Acesso em: 24 abr.2014.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. **Taxonomia para notificação de incidentes e eventos adversos**: Norma da Direção Geral da Saúde, n.º 17 de 19 de Dezembro de 2012. Lisboa, 2012.

DONALDSON, L.; PHILIP, P. Patient Safety: a global priority. **Bulletin of the world Health Organization**, Geneva, v. 82, n.12, p. 891-970, 2004.

DYER J. A. Newborn skin care. **Seminars in perinatology**, Philadelphia, v. 37, n. 1, p. 3-7, 2013. em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19761481>>. Acesso em: 05 mar. 2017.

ENTRINGER, A. P. et al. Impacto orçamentário da utilização do Método Canguru no cuidado neonatal. **Revista Saúde Pública**, v.47, n.5, p. 976-83, set. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000500976&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000500976&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 21 abr. 2017.

FEHRING, R.J. The Ferhing model. In: CARROL–JOHSON, P. (Ed.) **Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnoses Associations**. Philadelphia: JB Lippincott, 1994. p. 55-62.

FELDMAN, L. B.; CUNHA, I. C. K. O.; D'INNOCENZO, M. Validação dos critérios de processo para avaliação do serviço de enfermagem hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, p. 841-850, ago. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000400841&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000400841&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 17 Jan. 2019.

FIORETI, F. C. C. F. et al. Uso de ferramentas de gestão da qualidade com foco na segurança do paciente neonatal. **Revista de Enfermagem**, Recife, v. 10, n. 11, p.3883-3891, nov. 2016.

FONTENELE, F. C.; PAGLIUCA, L. M. F.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Cuidados com a pele do recém-nascido: análise de conceito. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 480-485, jul./set. 2012.

FRAGATA, J. I. G. Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. **Rev Port Saúde Pública**. 2010 [cited 2014 ago. 20]; Vol Temat (10):17-26. Disponível em: <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/artigo/erros-e-acidentes-no-bloco-operatorio-revisao-do-13189855>. Acesso em: 18 jun. 2018.

FREITAS, L. V. **Construção e validação de hipermídia educacional em exame físico no pré-natal**. 2010. 116f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2010.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Taxonomia: Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS)** [slide]. Rio de Janeiro, PROQUALIS, 2010. Disponível em: [http://pesquisa.proqualis.net/index.php?detail=1&q=taxonomia&sort=creation\\_date+d+esc&bvs\\_logo=&bvs\\_link=&banner\\_image=&banner\\_text=&home\\_text=&home\\_url=&css=&display\\_banner=&addfilter=id:000000656](http://pesquisa.proqualis.net/index.php?detail=1&q=taxonomia&sort=creation_date+d+esc&bvs_logo=&bvs_link=&banner_image=&banner_text=&home_text=&home_url=&css=&display_banner=&addfilter=id:000000656). Acesso em: 18 mar. 2016.

GARCIA, B. N. et al. Effect of standardized skitn care regimens on neonatal skin barrier function in different body areas. **Pediatric Dermatology**, Boston, v. 27. n. 1, p. 1-8, 2010.

GARCIA, R. A. T. M. et al. Cuidados com a pele do recém-nascido prematuro: o conhecimento produzido por enfermeiros. **Gestão e Saúde**, Brasília, v. 6, n. 1, 419-436, ago. 2014. Disponível em: <http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/837>. Acesso em: 25 ago. 2016.

GOMES, A. P. T. S. et al. Identificação Do Paciente Em Neonatologia Para Assistência Segura. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 3, p. 495-501, 2017. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875394/49501-212392-1-pb.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2018

GOMES, A. V. O.; NASCIMENTO, M. A. L. Central venous catheterization in pediatric and neonatal intensive care units. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 794-800, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/en\\_0080-6234-reeusp-47-4-0794.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/en_0080-6234-reeusp-47-4-0794.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2018.

GONÇALVES, M. I. et al. Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. **Texto Contexto Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. e2310014, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2310014.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

GRANT, J. S.; DAVIS, L. L. Selection and use of content experts for instrument development. **Research in nursing and health**, New York, v. 20, n. 3, p. 269-274, 1997.

HAYNES, A. B. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 360, n. 5, p. 491-499, Jan. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143241/>>. Acesso em: 18 abr 2018.

HORRI, J. et al. Frequency of dosage prescribing medication errors associated with manual prescriptions for very preterm infants. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, [S.l.], v. 39, p.637-641, 2014. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jcpt.12194>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

IMDAD, A., et al. Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns. **Cochrane Database Syst Rev**, Oxford, v. 31, n. 5, p. CD008635, 2013.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Overview of the 5 Million Lives Campaign**, [S.l.], 2008. Disponível em: <<http://www.ihl.org/offerings/Initiatives/PastStrategicInitiatives/5MillionLivesCampaign/Pages/default.aspx>>. Acesso em: 24 jun. 2018.

JOHNSON, M. et al. Comparing nursing handover and documentation: forming one set of patient information. **International Nursing Review**, Geneva, v. 61, n. 1, p. 73-81, 2014.

JOVENTINO, E. S. **Construção e validação de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2010. 242f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2010.

KARAASLAN, A. et al. Compliance of Healthcare Workers with Hand Hygiene Practices in Neonatal and Pediatric Intensive Care Units: Overt Observation **Interdisciplinary perspectives on infectious diseases**, Cairo, v. 2014, p. 306478, 2014. Disponível

em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4262750/pdf/IPID2014-306478.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2017.

KIRSHNER, B.; GUYATT, G. A methodological framework for assessing Health Indices. **Journal of chronic diseases**, St. Louis, v. 38, n. 1, p.27-36, 1985.

KLAUS, M.; FANAROFF, A. The physical environment. In: \_\_\_\_\_. **Care of the high risk neonate**. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders, 2001.

KONH, L. T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. Errors in health care: a leading cause of death and injury. In: \_\_\_\_\_. **To err is human: a building a safer health care system**. Washington (DC): Institute of Medicine, 2000.

LANZILLOTTI, L. S. et al. Eventos adversos e outros incidentes na unidade de terapia intensiva neonatal. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 937-946, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt\\_1413-8123-csc-20-03-00937.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00937.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2017.

LAVENDER, T. et al. Randomized, Controlled Trial Evaluating a Baby Wash Product on Skin Barrier Function in Healthy, Term Neonates. **Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing**, New York, v. 42, n. 2, p. 203-214, Mar./Apr. 2013.

LEANDRO, A. I. P.; BRANCO, E. S. Importância do treinamento e desenvolvimento nos serviços de saúde. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, v. 3, n. 6, p. 64-69, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/1018/876>>. Acesso em: 30 maio 2018.

LERNER, R. B. et al. Medication errors in a neonatal intensive care unit. **Journal of Pediatric**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 2, p. 166-170, 2008.

LONGTIN, Y. et al. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. **Mayo Clinic proceedings**, Rochester, v. 85, n. 1, p. 53-62, Jan. 2010. Disponível em: <<http://europepmc.org/abstract/MED/20042562>>. Acesso em: 25 set. 2018.

LÓPES, E. S. et al. Recommendations for the unequivocal identification of the newborn. **Anales Pediatría**, Barcelona, v. 87, n. 4, p. 235, 2017.

LÓPEZ, E. S. et al. Recommendations for the unequivocal identification of the newborn. **Anales de pediatría**, Barcelona, v. 87, n. 4, p. e1-e4, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28416409>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

LORENZINI, E.; COSTA, T. C.; SILVA, E. F. Prevenção e controle de infecção em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 1047-113, 2013.

LYNDON, A. et al. Parents' perspectives on safety in neonatal intensive care: a mixed-methods study. **BMJ quality and safety**, London, v. 23, n. 11, p. 902-909, Nov. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4198474/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

LYNDON, A. et al. Parents' Perspectives on Navigating the Work of Speaking Up in the NICU. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**. 2017 Sep - Oct;46(5):716-726. Aug 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28774759>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nutrition Research**, [S.l.], v. 35, n. 6 p. 382-385, 1986.

MACHADO, A. P. C. et al. Prescribing errors in a Brazilian neonatal intensive care unit. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 12, p. 2610-2620, Dec. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015001202610&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001202610&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 Jan. 2018.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 3, n. 3, p. 119-122, 2012. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/294>>. Acesso em: 07 jul. 2018

MANANI, M.; et al. Elimination of admission hypothermia in preterm very low-birth-weight infants by standardization of delivery room management. **The Permanente Journal**, Portland, v. 17, n. 3, p. 8-13, 2013;17:8-13. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3783084/>>. Acesso em: 26 ago. 2018.

MARTINS, C.O.A; CURADO, M.A.S. Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos: validação estatística com recém-nascidos. *Revista de Enfermagem Referência. Série IV - n.º 13 - ABR./MAI./JUN. 2017.* Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn13/serIVn13a05.pdf>. Acesso em: 18 out 2018.

MARTINS, C. P.; TAPIA C. E. V. A pele do recém-nascido prematuro sob a avaliação do enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 778-783, set./out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/23.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2018.

MARTINS, G. A. Sobre confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**. São Paulo, v. 8, n. 20, p. 1-12; jan./abr. 2006. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/6471/sobre-confiabilidade-e-validade/i/pt-br>. Acesso em: 16 out. 2017.

MARTINS, M. Qualidade do cuidado em saúde. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org). **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. v. 1, p. 24-38. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/8h47w/epub/sousa-9788575415955.epub>>. Acesso em: 25 ago. 2017.

MATA, L. R. F.; CARVALHO, E. C. C.; NAPOLEÃO, A. A. Validação por peritos de intervenções de enfermagem para a alta de pacientes submetidos à Prostatectomia. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. esp. p. 36-44, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea04.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT E. Making the case for evidence-based practice. In: \_\_\_\_\_. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincot, 2005. p. 3-24.

MELO, E.M.O.P. et al. Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n.3, p. 432-9. maio-jun. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt\\_0104-1169-rlae-22-03-00432.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00432.pdf). Acesso em: 25 ago. 2017.

MELO, R. P. et al. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n.2, p. 424-431, 2011. Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2\\_html\\_site/a26v12n2.htm](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2_html_site/a26v12n2.htm)>. Acesso em: 10 fev. 2018.

MELTON, K. R. et al. Using Health Information Technology to Improve Safety in Neonatal Care. A Systematic Review of the Literature. **Clinics in perinatology**, Philadelphia, v. 44, n. 3, p. 583-616, 2017.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018)>. Acesso em: 10 fev. 2018.

MENDES, W. et al. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 59, n. 5, p. 421-428, set./out. 2013. Disponível em: <<http://ramb.elsevier.es/pt/caracteristicas-eventos-adversos-evitaveis-em/articulo/90249372/>>. Acesso em: 23 maio 2018.

MORRIS, L. D.; BEHR, J. H.; SMITH, S. L. Hydrocolloid to prevent breakdown of nares in preterm infants. **American Journal of maternal Child Nursing**, New York, v. 40, n. 1, p. 39-43, Jan. 2015. Disponível em: <<https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=25503833>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

MOURA, E. R. F. et al. Validação de jogo educativo destinado à orientação dietética de portadores de diabetes mellitus. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, [S.l.], v. 11, n. 4, p. 435-443, 2008. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/156>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

NAKA, S. H.; FREIRE, M. H.; SILVA, R, P. Repercussões do uso de incubadoras umidificadas na regulação térmica do prematuro: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 1, p. 382-393, jan./mar. 2016.

Disponível em:

<[https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/15234/pdf\\_37](https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/15234/pdf_37)>.

Acesso em: 22 jul 2018.

NEILL, S. et al. “Sustained Reduction in Bloodstream Infections in Infants at a Large Tertiary Care Neonatal Intensive Care Unit” **Advances in neonatal care**, Philadelphia, v. 16, n. 1, p. 52-59, 2016.

NESS, M. J.; DAVIS, D. M.; CAREY, W. A. Neonatal skin care: a concise review. **International Journal of Dermatology**, Philadelphia, v. 52, n. 1, p.14-22, 2013.

NEUBERT, F. X. et al. Cortical and subcortical interactions during action reprogramming and their related white matter pathways. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, Washington, v. 107, n. 30, p. 13240-13245, 2010.

NEUHAUSER, D. Ernest Amory Codman MD. **Quality Safe and Health Care**, Londres, v. 11, n. 11. p. 104–105, 2002. Disponível em:

<<http://qualitysafety.bmj.com/content/11/1/104.full>>. Acesso em: 22 jul. 2018

NOVAES, H. M. O processo de acreditação dos serviços de saúde. **Revista Administração em Saúde**, [S.l.], v. 9, n. 37, p. 133-40, 2007.

NUNES, F. D. O. et al. Patient safety: how nursing is contributing to the issue? **Revista Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado-fundamental/article/view/3007/pdf\\_1296](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado-fundamental/article/view/3007/pdf_1296). Acesso em: 16 out. 2017.

O’GRADY N. P. et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. American **MMWR.**, v. 51, n. RR10, p.S1-S26, 2011. Disponível em:<<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

OLIVEIRA S. M., et al. Lesões de pele no recém-nascido pré-termo: vivências da equipe de enfermagem. **Revista Enfermagem**, Recife, v. 8, n. 4, p. 960-966,

Disponível

em:<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9766/9897>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

OLIVEIRA, A. C.; DAMASCENO, Q. S.; RIBEIRO, S. M. C. P. Infecções relacionadas à Assistência em Saúde: desafios para a prevenção e controle. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 3, p. 445-450, jul./set., 2009.

OLIVEIRA, K. et al. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio

de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 46-53, jan./mar. 2013. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/07.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde em neonatologia**. Montevideu, 2016.

Disponível

em:<[https://www.caism.unicamp.br/PDF/Guia\\_Prevencao\\_IRAS\\_PORTUGUES\\_1.pdf](https://www.caism.unicamp.br/PDF/Guia_Prevencao_IRAS_PORTUGUES_1.pdf)>. Acesso em: 18 fev. 2017.

PANCIERI, A. P. et al. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 71-78, 2013.

PASQUALI, L. et al. **Instrumentação Psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010, 560p.

PASQUALI, L. Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. In: \_\_\_\_\_. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LABPAM/IBAPP, 1999, cap.3.

PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S Enfermagem para segurança do paciente. In: \_\_\_\_\_. **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente**. São Caetano do Sul: Yendis, 2009. p. 23-31.

PEREIRA, R. D. D. M.; ALVIM, N. A. T. Delphi technique in dialogue with nurses on acupuncture as a proposed nursing intervention. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.19, n. 1, p. 174–80, 2015.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 153-168, 1998.

PIRES, M. P. O.; PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINI, M. A. S. Cirurgia segura em pediatria: elaboração e validação de checklist de intervenções pré-operatórias. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt\\_0104-1169-rlae-21-05-1080.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1080.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2018.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C.T. The Content Validity Index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in nursing and health**, New York, [S.l.], v. 29, n. 5, p. 489-97, 2006.

RADLEY, D. et al. Reduction in medication errors in hospitals due to adoption of computerized provider order entry systems. **Journal of the American Medical**

**Informatics Association**, Oxford, v. 20, n. 3, p. 470-476, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC23425440/>>. Acesso em: 14 nov. 2017.

RAJU, T. N. K.; SURESH, G.; HIGGINS, R. D. Patient Safety in the Context of Neonatal Intensive Care: research and educational opportunities. **Pediatric Research**, New York, v. 70, n. 1, p. 109-115, Jul.2011.

RAYMOND, M.; HARRISON, M. C. The structured communication tool SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendation) improves communication in neonatology. **South African medical journal**, Cape Town, v. 104, n. 12, p. 850-852, 2014.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de hoje**, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 86-93, 2009.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. **Estratégias para a segurança do paciente**: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p.

REDONDO, M. A. et al. Mejorando La seguridad del paciente: utilidad de las listas de verificación de seguridad en una unidad neonatal. **Anales de Pediatría**, Barcelona, v. 87, n. 4, p. 191-200, Oct. 2017.

REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro**. 2013. 217f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

**Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 10, p. 17-26, 2010.

ROSEIRO, C. P.; PAULA, K. M. P. Concepções de humanização de profissionais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 32, n. 1, p. 109 -119, mar. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2015000100109&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2015000100109&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 Jan. 2019.

RUBIO, D. M. et al. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, Oxford, v. 27, n. 2, p. 94-111, 2003. Disponível em: <<http://swr.oxfordjournals.org/content/27/2/94.full.pdf+html>>. Acesso em: 26 jul. 2017.

RUNCIMAN, W. et al. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *International journal for quality in health, care*, Kidlington, v. 21, n. 1, p. 18-26, Feb. 2009. Disponível em: <<http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2divers/16534534.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2017.

SANTESTEBAN, E.; ARENAS, S.; CAMPINO, A. Medication errors in neonatal care: A systematic review of types of errors and effectiveness of preventive strategies. *Journal of Neonatal Nursing*, [S.l.], v. 21, n. 5, p. 200-208, 2015.

SANTOS, A. L. S. et al. Avaliação da qualidade: satisfação dos usuários de unidades de terapia intensiva pediátrica mista e obstétrica. *Revista de pesquisa: cuidado é fundamental*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3. P. 2974-2984, jul./set. 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/5057/505750947024/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

SANTOS, J. E. M. Checklist. **Jornal Português de Gastreenterologia**, Lisboa, v. 18, n. 2, p. 93-94, mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0872-81782011000200010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-81782011000200010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jan. 2019.

SCHINDLER C.A. et al. Under pressure: preventing pressure Ulcers in critically ill infants. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**, Philadelphia, v.18, n. 4, p. 329-341, Oct. 2013. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jspn.12043>>. Acesso em: 29 ago. 2017.

SHAREK, P. J. et al. Adverse Events in the Neonatal Intensive Care Unit: Development, Testing, and Findings of an NICU-Focused Trigger Tool to Identify Harm in North American NICUs. **Pediatrics**, Elk Grove Village Il, v. 118, n. 4, p. 1332-1340, Oct. 2006.

SILVA, A. G.; OLIVEIRA, A. C. Conhecimento autorreferido das equipes médica e de enfermagem quanto às medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 3, p. e3480017, 2018.

SINCLAIR, L.; CRISP, J.; SINN, J. Variability in incubator humidity practices in the management of preterm infants. **Journal of pediatrics and child health**, Melbourne, v. 45, n. 9, p. 535-540, Jun. 2009.

SODEMANN, M. et al. Hypothermia of newborns is associated with excess mortality in the first 2 months of life in Guinea-Bissau, West Africa. **Tropical medicine and international health**, Oxford, v. 13, n. 8, p. 980-986, 2008.

SOUSA, F. C. P. et al., 2017. A participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspectiva do enfermeiro. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, e1180016, 2017.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v.8, n.1, p.102-106, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf)>. Acesso em: 03 mar. 2018.

SOUZA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente**: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

STATMATAS, G. N.; WALTER, R. M. T. L. **Keeping Infant Skin Healthy through Proper Cleansing**. Hayes: Nova Science Publishers, 2011.

TIBURCIO, M. P. et al. Validação de instrumento para avaliação da habilidade de mensuração da pressão arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 4, p. 581-587, Aug. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000400581&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000400581&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 Jan. 2019.

TILDEN, V. P.; NELSON, C. A.; MAY, B. A. Use of qualitative methods to enhance content validity. **Nursing research**, New York, v. 39, n. 3, p. 172-175, 1990.

TOMAZONI, A. et al. Safety culture at neonatal intensive care units: perspectives of the nursing and medical team. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 5, p. 755-763, 2014.

TOMAZONI, A. et al. Segurança do paciente na percepção da enfermagem e medicina em unidades de terapia intensiva neonatal. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v.38, n.1, e64996, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472017000100409&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100409&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 08 Feb 2018.

TORINO V. V. et al. Queda de recém-nascido internado em alojamento conjunto. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 4, p. 1-8, out./dez. 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45852/pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

TUBBYS-COLEY, H.L. et al. A descriptive study of nurse-reported missed care in neonatal intensive care units. **Journal of advanced nursing**, Oxford, v. 71, n. 4. p. 813-824, Apr. 2015. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jan.12578>>. Acesso em: 25 nov. 2018.

VATS, A.; NAGPAL, K.; MOORTHY, K. Surgery: a risky business. **Journal of perioperative practice**, London, v. 19, n. 10, p. 330-334, 2009.

VENTURA, C. M. U.; ALVES, J. G. B.; MENESES, J. Eventos adversos em Unidade de terapia Intensiva Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 49-55, jan./fev. 2012.

VIANNA, M. S. et al. Ações educativas para prevenção de infecções hospitalares em uma unidade neonatal. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 69-74, jan./mar. 2012.

VICENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos**. São Paulo: Yendis, 2009.

VIERA, C. S.; MELLO D. F. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 74-82, jan./mar. 2009.

VINCER, M. J.; MURRAY, J. M.; YUILL, A. Drug errs and incidents in a neonatal intensive care unit. **American journal of diseases of children**, Chicago, v. 143, p. 737-740, 1989.

- VRIES, E. N. et al. Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. **New England Journal Medicine**, OXFORD, v. 363, n. 20, p. 1928-1937, Nov. 2010. Disponível em:<<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa0911535>>. Acesso em: 16 mar. 2018.
- WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010.320 p.
- WALLACE S. C. et al. Newborns Pose Unique Identification Challenges. *Patient Safety Authority*, [S.l.], v. 13, n. 2, p. 42-49, Jun. 2016.
- WANG, L.; LIU, Z. S.; WANG, C. A. Malposition of central venous catheter: presentation and management. **Chinese medical journal**, Peking, v. 129, n. 2, p. 227-234, 2016. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4799551/>>. Acesso em: 20 ago. 2017.
- WEISER, T. G.; BERRY, W. R. Review article: Perioperative checklist methodologies. **Canadian Journal of Anesthesia**, Winnipeg, v. 60, n.2, p. 136-142, fev. 2013.
- WHALEY, L. F.; WONG D. L. **Enfermagem pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for patient safety: fo ward programme 2005. Geneva, 2004a.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Launch of the World Alliance for Patient Safety: "Please do me no harm"**. 2004b. Disponível em:<<http://www.who.int/patientsafety/launch/en/>>. Acesso em: 20 ago. 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A World Alliance for safer Health Care**. More than words: conceptual framework for the international classification for patient safety. Geneva, 2009a.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: first Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care**. Geneva: World Health Organisation Press, 2009b.
- ZACHARIAH, P. et al. Compliance with prevention practices and their association with central line-associated bloodstream infections in neonatal intensive care units. **American journal of infection control**, St. Louis, v. 42, n. 8, p. 847-851, Aug. 2014. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4123126/>>. Acesso em: 19 mar. 2018.
- ZHANG, X. et al. Neonatal ICU System Safety: A Pilot Test for Medication Error by Using Fuzzy Grey Relational Analysis. **Journal of Nursing Care Quality**, Hagerstown, v. 32, n. 3, p. 259-266, Jul./Sep. 2017.

## APÊNDICE A – Carta convite aos especialistas

Prezada,

Meu nome é Daniela, sou mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, sob orientação da Profª Drª Bruna Figueiredo Manzo e coorientação da Profª Drª Luciana Regina da Mata.

Convido-te a fazer parte do Comitê de Especialistas da pesquisa de mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais intitulada "Validação de Conteúdo dos Checklists de Segurança do Paciente no Cuidado de Enfermagem em Unidades Neonatais".

A finalidade destes instrumentos é reforçar práticas de segurança do paciente no cuidado de enfermagem ao recém-nascido durante os momentos da admissão, da internação e da programação de alta da Unidade Neonatal. Logo, sua avaliação torna-se relevante nesse processo para que os instrumentos possam ser implementados em serviços de saúde.

Segue número de parecer do CEP: 2.172.832

Para acessar os instrumentos e participar da pesquisa, clique no link abaixo: [http://eSurv.org/online-survey.php?survey\\_ID=MOLDNN\\_8168bb0c](http://eSurv.org/online-survey.php?survey_ID=MOLDNN_8168bb0c)

Caso conheça outros profissionais que também possam contribuir com o estudo, gentileza encaminhar-me o contato. Muito obrigada pela sua participação!

Estou à disposição em caso de dúvidas.

Atenciosamente,

Daniela Cristina Zica Silva  
Enfermeira Especialista em Enfermagem Neonatal e Pediátrica  
Mestranda em Enfermagem – UFMG

## APÊNDICE B – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS**

**TÍTULO DO ESTUDO: "Validação de Conteúdo dos Checklists de Segurança do Paciente no Cuidado de Enfermagem em Unidades Neonatais"**

(De acordo com o item 4 da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos).

Eu, professora Dra. Bruna Figueiredo Manzo, da Escola de Enfermagem da UFMG venho convidá-lo (a) a fazer parte do Comitê de Especialistas da pesquisa de mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais intitulada "Validação de Conteúdo dos Checklists de Segurança do Paciente no Cuidado de Enfermagem em Unidades Neonatais". A finalidade destes instrumentos é reforçar práticas de segurança do paciente no cuidado de enfermagem ao recém-nascido durante os momentos da admissão, da internação e da programação de alta da Unidade Neonatal. A justificativa para este estudo é que até o momento não existem instrumentos validados de práticas de segurança do paciente no cuidado de enfermagem ao recém-nascido. Os instrumentos propostos deverão ser utilizados pelo enfermeiro em parceria com o técnico em enfermagem durante todo o período de internação. A sua contribuição como especialista implica na avaliação dos itens que compõem os checklists, a partir de alguns critérios adaptados do referencial metodológico de Pasquali (2010), como: comportamento, objetividade, simplicidade, clareza, relevância, pertinência, precisão e amplitude. Logo, sua avaliação torna-se relevante nesse processo para que os instrumentos possam ser implementados em serviços de saúde. Os riscos desta pesquisa são mínimos e estão relacionados ao potencial constrangimento por exposição e a quebra de sigilo das informações obtidas na pesquisa. Para minimizá-los você poderá responder ao instrumento em seu domicílio e encaminhá-lo via on-line, além de não ser necessária sua identificação. Os resultados da pesquisa serão utilizados exclusivamente em trabalhos científicos publicados ou apresentados oralmente em congressos e palestras sem revelar sua identidade ou do paciente. Ao assinar este documento, você estará participando de forma voluntária a esta pesquisa. A entrevista será realizada por meio de correio eletrônico, sem prejuízo ao seu atendimento, horário de trabalho ou estudo. Não haverá gastos financeiros e, portanto, não haverá necessidade de ressarcimento de despesas. Além disso, o Sr (a) poderá retirar-se a qualquer momento do estudo. Em caso de algum problema decorrente da pesquisa, você terá assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de qualquer dano eventualmente produzido durante a realização do estudo. Uma cópia deste documento estará disponível para você e, em caso de dúvidas, comunicar o pesquisador responsável ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Segue número de parecer do CEP: 2.172.832.

Responsável pelo Projeto:  
 Prof.ª Dra. Bruna Figueiredo Manzo  
 Endereço: Escola de Enfermagem da UFMG, Avenida Alfredo Balena, 190, 4º andar SL 420, Bairro: Santa Efigênia, CEP: 30130-100 – Belo Horizonte – MG  
 Tel: (31) 3409-8034 / E-mail: brunamanzo@yahoo.com.br  
 Horário de atendimento: 09:00 às 11:00h / 14:00 às 16:00h

Dúvidas éticas podem ser avaliadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG:  
 Endereço: Av: Presidente Antônio Carlos, 6627, 2º andar, SL 2005.  
 Bairro: Unidade Administrativa II, CEP: 31.270-901 – Belo Horizonte – MG  
 Tel: (31) 3409-4592 / E-mail: coep@prpq.ufmg.br  
 Horário de atendimento: 09:00 às 11:00h / 14:00 às 16:00h

Agradeço sua colaboração e solicito a declaração do seu consentimento livre e esclarecido neste documento:

**APÊNDICE C - Checklist de segurança do paciente no cuidado de enfermagem para a admissão em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal – (frente)**

CHECKLIST DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA A ADMISSÃO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL		
Nome da mãe: _____	Nome do RN: _____	
Número do leito: _____	Prontuário: _____	Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/>
Data de Nascimento: ____ / ____ / ____	Dias de vida: _____	Horário de nascimento: _____
Idade gestacional ao nascimento: _____	Idade corrigida: _____	APGAR (1ºmin/ 5º min): ____ / ____
Peso de nascimento: _____	Peso de admissão: _____	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Pulseira afixada em um dos membros inferiores, preferencialmente, contendo o nome da mãe sem abreviaturas e data de nascimento do RN, legíveis.	Sim <input type="checkbox"/>	Local: MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>	
Dados da pulseira do RN conferidos com os dados maternos por meio da dupla checagem com o pai, um acompanhante ou outro profissional de saúde (na ausência dos primeiros).	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Placa de identificação do RN afixada no berço ou incubadora contendo o nome da mãe sem abreviaturas, nome do RN, sexo, número do registro hospitalar, data de nascimento e data de admissão, legíveis.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
COMUNICAÇÃO EFETIVA		
Acompanhante orientado com linguagem acessível quanto à rotina do setor e indicação da internação, o qual deverá explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber, a fim de que não ocorra falha no entendimento.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Acompanhante encorajado a estar ao lado do RN.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Acompanhante orientado quanto aos procedimentos a serem realizados e quanto aos cuidados oferecidos ao RN na admissão, o qual deverá explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber, a fim de que não ocorra falha no entendimento.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
SEGURANÇA MEDICAMENTOSA		
Linhas de acesso vascular identificadas com a solução correspondente à infusão e conectores ajustados.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Bombas de infusão e rótulos das soluções conferidos.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE		
Profissional de enfermagem certifica se existem riscos relacionados à infecção.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Dispensador com álcool gel próximo ao paciente.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Temperatura e umidificação da incubadora ou temperatura do berço adequadas para a idade gestacional e para a necessidade do RN.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
PREVENÇÃO DE QUEDA		
Rodas do berço ou incubadora travadas.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Laterais do berço aquecido ou portinholas travadas.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Bandeja da incubadora e elevação da cabeceira do berço ou incubadora funcionantes.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
PREVENÇÃO DE LESÃO DE PELE		
Sonda gástrica e dispositivos vasculares, ventilatórios e de monitorização posicionados e fixados de maneira a prevenir lesões.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Profissional de enfermagem certifica o posicionamento do RN, incluindo a periodicidade da mudança de decúbito e alívio de pressão conforme sua condição clínica.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Retirada da clorexidina residual da pele do RN.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ h  
Assinatura e COREN do enfermeiro

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ h  
Assinatura e COREN do técnico em enfermagem

## APÊNDICE C - Checklist de segurança do paciente no cuidado de enfermagem para a admissão em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal – (verso)

<b>ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO CHECKLIST DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA A ADMISSÃO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL</b>
Deverá ser preenchido pelo enfermeiro responsável pela admissão do RN à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, imediatamente após sua estabilização respiratória e hemodinâmica. Mantê-lo próximo ao leito, em local visível, de fácil acesso aos profissionais e familiares do paciente. Seguem abaixo na sequência do <i>checklist</i> as instruções para cada item.
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>
Checar se a pulseira de identificação está presente e afixada preferencialmente em um dos tornozelos, contendo o nome da mãe sem abreviaturas e data de nascimento do RN, legíveis.
Checar com um membro da família ou acompanhante autorizado pela mãe, na sua ausência, se os dados da pulseira de identificação conferem com os dados maternos. Caso não estejam presentes, outro profissional de saúde poderá realizar tal conferência.
Checar a existência de placa de identificação do RN afixada no berço ou incubadora contendo o nome da mãe sem abreviaturas, nome do RN, sexo, número do registro hospitalar, data de nascimento e data de admissão.
<b>COMUNICAÇÃO EFETIVA</b>
Checar se o acompanhante foi orientado e compreendeu as informações recebidas (por meio da repetição das orientações) quanto às rotinas do setor como higiene das mãos, redução de ruídos, proibição do uso do aparelho celular, livre acesso dos pais para acompanhamento do RN (permanecendo apenas na área do leito do paciente) e regras para liberação de visitas.
Checar se o acompanhante, preferencialmente mãe ou pai, foi encorajado a estar ao lado do RN durante o período de permanência deste na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, uma vez que o Estatuto da Criança e do Adolescente garante a permanência do acompanhante em período integral, além da participação efetiva dos familiares contribuir no processo de segurança do paciente.
Checar se o acompanhante está ciente e se compreendeu as informações recebidas (através da repetição das orientações) quanto à necessidade e importância dos procedimentos e dos cuidados a serem realizados com o RN durante o processo de admissão na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.
<b>SEGURANÇA MEDICAMENTOSA</b>
Checar se as linhas de acesso vascular estão identificadas com a solução correspondente à infusão, de acordo com a prescrição médica e se os conectores estão ajustados, livre de vazamentos.
Checar se as bombas de infusão estão identificadas com a solução correspondente, com o volume total e a vazão adequados conforme a prescrição médica. Checar se os rótulos contêm no mínimo nome completo do paciente, leito, registro ou número de prontuário, nome da solução/medicação a infundir, descrição qualitativa e quantitativa dos componentes adicionados na solução, volume e velocidade de infusão, via de administração, data e horário do preparo e identificação do profissional que preparou. Tais rótulos deverão ser preferencialmente impressos pela farmácia e entregues ao profissional de enfermagem junto à medicação e componentes para o preparo da solução.
<b>PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>
Checar se o profissional de enfermagem certifica a existência de ações e dispositivos que venham prevenir os riscos relacionados à infecção, tais como: as normas de precaução, os momentos de higienização das mãos, a desinfecção dos conectores dos cateteres vasculares com álcool a 70% ou clorexidina alcoólica, a necessidade de permanência dos cateteres, sondas e tubo, além da desinfecção concorrente das bancadas, dos materiais e dos equipamentos do leito.
Checar se há dispensador com álcool gel próximo ao paciente, para higienização das mãos.
Checar se a temperatura e umidificação da incubadora ou a temperatura do berço estão adequadas para a idade gestacional e a necessidade do paciente. Sugere-se que os valores de referência estejam próximos ao leito para facilitar a conferência pela equipe de enfermagem.
<b>PREVENÇÃO DE QUEDA</b>
Checar se as rodas do berço ou incubadora estão travadas devido ao risco de deslocamento do equipamento e conseqüente queda, uma vez que o protocolo de prevenção de quedas do MS orienta a adequação das acomodações e do mobiliário à idade dos pacientes.
Checar se as laterais do berço aquecido ou as portinholas estão adequadamente travadas devido ao risco de queda do paciente.
Checar se a bandeja da incubadora e elevação da cabeceira do berço ou incubadora estão movimentando e travando adequadamente devido ao risco de queda do paciente.
<b>PREVENÇÃO DE LESÃO DE PELE</b>
Checar se a sonda gástrica e os dispositivos vasculares, ventilatórios e de monitorização encontram-se posicionados e fixados de maneira a prevenir lesões e demais complicações decorrentes de posicionamento inadequado como extubação acidental, perda de acessos vasculares e de sonda gástrica, o que proporciona novos procedimentos que poderiam ter sido evitados.
Checar se o profissional de enfermagem certifica o posicionamento do RN conforme a condição clínica, incluindo a mudança de decúbito/ alívio de pressão e rodízio de sensor de oximetria. Observar sempre a necessidade do ninho de contenção com a altura proporcional ao paciente.
Checar se a Clorexidina foi totalmente retirada da pele do recém-nascido após o término dos procedimentos em que sua utilização foi necessária, a fim de evitar queimaduras.

**APÊNDICE D - Checklist de segurança do paciente no cuidado de enfermagem na internação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal – (frente)**

CHECKLIST DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA INTERNAÇÃO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL		
Nome da mãe: _____	Nome do RN: _____	
Número do leito: _____	Prontuário: _____	Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/>
Data de Nascimento: ___/___/___	Dias de vida: _____	Dias de internação: _____
Idade gestacional na data do nascimento: _____	Idade corrigida: _____	
Peso de nascimento: _____	Peso de admissão: _____	
Motivo da internação: _____	Desenvolveu alguma alergia? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Pulseira afixada em um dos membros inferiores, preferencialmente, contendo o nome da mãe sem abreviaturas e data de nascimento do RN, legíveis.	Sim <input type="checkbox"/> Local: MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Dados da pulseira do RN conferidos com os dados maternos por meio da dupla checagem com a mãe, o pai, um acompanhante ou outro profissional de saúde (na ausência dos primeiros).	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Placa de identificação do RN afixada no berço ou incubadora contendo o nome da mãe sem abreviaturas, nome do RN, sexo, número do registro hospitalar, data, hora e peso de nascimento, legíveis.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
COMUNICAÇÃO EFETIVA		
Acompanhante orientado com linguagem acessível quanto à rotina do setor e cuidados oferecidos ao RN, o qual deverá explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber, a fim de que não ocorra falha no entendimento.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Acompanhante encorajado a estar ao lado da criança participando dos cuidados e das tomadas de decisões junto à equipe.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Acompanhante orientado quanto ao plano de cuidados proposto para o RN, o qual deverá explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber, a fim de que não ocorra falha no entendimento.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
SEGURANÇA MEDICAMENTOSA		
Profissional de enfermagem certifica se existem riscos para a quebra da segurança no processo de preparo e administração de medicamentos.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Linhas de acesso vascular identificadas com a solução correspondente à infusão e conectores ajustados.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Bombas de infusão e rótulos das soluções conferidos.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Acompanhante orientado quanto à terapia medicamentosa em uso, o qual deverá explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber, a fim de que não ocorra falha no entendimento.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE		
Profissional de enfermagem certifica se existem riscos relacionados à infecção.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Dispensador com álcool gel próximo ao paciente.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Acompanhante orientado quanto aos riscos de infecções, o qual deverá explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber, a fim de que não ocorra falha no entendimento.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Temperatura e umidificação da incubadora ou temperatura do berço adequadas para a idade gestacional e para a necessidade do RN.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/>
Curativo de acesso limpo e bem aderido.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/>
PREVENÇÃO DE QUEDA		
Rodas do berço ou da incubadora travadas.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/>
Laterais do berço aquecido ou portinholas da incubadora travadas.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/>
Acompanhante orientado quanto às medidas de prevenção de quedas do RN, o qual deverá explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber, a fim de que não ocorra falha no entendimento.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
PREVENÇÃO DE LESÃO DE PELE		
Sonda gástrica e dispositivos vasculares, ventilatórios e de monitorização posicionados e fixados de maneira a prevenir lesões.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Profissional de enfermagem certifica o posicionamento do RN conforme sua condição clínica, incluindo a mudança de decúbito/ alívio de pressão, rodízio de sensor de oximetria e uso do ninho de contenção.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Profissional de enfermagem orientado quanto ao tipo e periodicidade da higienização corporal.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora \_\_\_:\_\_\_ h  
Assinatura e COREN do enfer.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora \_\_\_:\_\_\_ h  
Assinatura e COREN do téc. enfer.

**APÊNDICE D - Checklist de segurança do paciente no cuidado de enfermagem na internação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal – (verso)**

<b>ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO CHECKLIST DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA INTERNAÇÃO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL</b>
Deverá ser preenchido pelo enfermeiro responsável pelo recém-nascido a cada plantão após a admissão até o último dia de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Mantê-lo próximo ao leito, em local visível e de fácil acesso aos profissionais e familiares do paciente. Seguem abaixo na sequência do instrumento as instruções para cada item.
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>
Checar se a pulseira de identificação está presente e afixada preferencialmente em um dos tornozelos, o nome da mãe sem abreviaturas e data de nascimento do RN, legíveis.
Checar com um membro da família ou acompanhante autorizado pela mãe, na sua ausência, se os dados da pulseira de identificação conferem com os dados maternos. Caso não estejam presentes, outro profissional de saúde poderá realizar tal conferência.
Checar a existência de placa de identificação do RN afixada no berço ou incubadora contendo o nome da mãe sem abreviaturas, nome do RN, sexo, número do registro hospitalar, data, hora e peso de nascimento.
<b>COMUNICAÇÃO EFETIVA</b>
Checar se o acompanhante foi orientado e compreendeu as informações recebidas (por meio da repetição das orientações) quanto às rotinas do setor como higiene das mãos, redução de ruídos, proibição do uso do aparelho celular, livre acesso dos pais para acompanhamento do RN (permanecendo apenas na área do leito do paciente) e regras para liberação de visitas.
Checar se o acompanhante, preferencialmente mãe ou pai, foi encorajado a estar ao lado do RN durante o período de permanência deste na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e a participar dos cuidados realizados e nas tomadas de decisões junto à equipe assistencial, uma vez que o Estatuto da Criança e do Adolescente garante a permanência do acompanhante em período integral, o que pode também contribuir no processo de segurança do paciente.
Checar se o acompanhante está ciente e se compreendeu as informações recebidas (através da repetição das orientações) quanto ao plano de cuidados proposto para o RN durante o processo de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.
<b>SEGURANÇA MEDICAMENTOSA</b>
Checar se o profissional de enfermagem certifica a existência de riscos para a quebra da segurança no processo de preparo e administração de medicamentos, considerando os nove certos padronizados: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa.
Checar se as linhas de acesso vascular estão identificadas com a solução correspondente à infusão, de acordo com a prescrição médica e se os conectores estão ajustados, livre de vazamentos.
Checar se as bombas de infusão estão identificadas com a solução correspondente à infusão em curso e de acordo com a prescrição médica, além de volume total e vazão adequados. Checar se os rótulos contêm no mínimo nome completo do paciente, leito, registro, nome da solução/medicação a infundir, descrição qualitativa e quantitativa dos componentes adicionados a solução, volume e velocidade de infusão, via de administração, data e horário do preparo e identificação do profissional que preparou.
Checar se o acompanhante está ciente e se compreendeu as informações recebidas (através da repetição das orientações) sobre os medicamentos prescritos em uso no recém-nascido.
<b>PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>
Checar se o profissional de enfermagem certifica a existência de ações e dispositivos que venham prevenir os riscos relacionados à infecção, tais como: as normas de precaução, os momentos de higienização das mãos, a desinfecção dos conectores dos cateteres vasculares com álcool a 70% ou clorexidina alcoólica, a necessidade de permanência dos cateteres, sondas e tubo, além da desinfecção concorrente das bancadas, dos materiais e dos equipamentos do leito.
Checar se há dispensador com álcool gel próximo ao paciente, para higienização das mãos.
Checar se o acompanhante está ciente e se compreendeu as informações recebidas (através da repetição das orientações) quanto aos riscos de infecções e as ações preventivas como higienização das mãos, restrição do uso do celular dentro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e uso das medidas de precaução para evitar infecções cruzadas.
Checar se a temperatura e umidificação da incubadora ou a temperatura do berço estão adequadas para a idade gestacional e a necessidade do paciente.
Checar se o curativo de fixação do acesso venoso central encontra-se livre de sujidade, bem aderido em toda a sua extensão, com data de validade e assinatura do enfermeiro que realizou a troca.
<b>PREVENÇÃO DE QUEDA</b>
Checar se as rodas do berço ou incubadora estão travadas devido ao risco de deslocamento do equipamento e consequente queda, uma vez que o protocolo de prevenção de quedas do MS orienta a adequação das acomodações e do mobiliário à idade dos pacientes.
Checar se as laterais do berço aquecido ou as portinholas estão devidamente travadas devido ao risco de queda do paciente.
Checar se o acompanhante está ciente e se compreendeu as informações recebidas (através da repetição das orientações) quanto às medidas de prevenção de quedas do RN como: não transportá-lo ao colo, não retirá-lo do berço/incubadora e realizar banho sem auxílio profissional, não tracionar os dispositivos e os fios dos equipamentos.
<b>PREVENÇÃO DE LESÃO DE PELE</b>
Checar se a sonda gástrica e os dispositivos vasculares, ventilatórios e de monitorização encontram-se posicionados e fixados de maneira a prevenir lesões e demais complicações decorrentes de posicionamento inadequado como extubação acidental, perda de acessos vasculares e de sonda gástrica, o que proporciona novos procedimentos que poderiam ter sido evitados.
Checar se o profissional de enfermagem certifica o posicionamento adequado para as condições clínicas e idade gestacional do RN e observa sempre a necessidade do ninho de contenção com a altura proporcional ao paciente. Checar também se pratica com periodicidade a mudança de decúbito e alívio de pressão para os RN com restrição de movimentação (tempo máximo de 4/4h).
Checar se o profissional de enfermagem tem ciência e se compreendeu as informações recebidas (através da repetição das orientações) quanto ao tipo e periodicidade da higienização do RN, devido ao risco de hipotermia, de perda dos dispositivos e de desestabilização clínica.

**APÊNDICE E - Checklist para a segurança do paciente no preparo para a alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – (frente)**

CHECKLIST PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NO PREPARO PARA A ALTA DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL		
Nome da mãe: _____		Nome do RN: _____
Número do leito: _____	Prontuário: _____	Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/>
Dias de vida: _____	Dias de internação: _____	Data de Nascimento: ___/___/___
Idade gestacional na data do nascimento: _____		Idade corrigida: _____
Peso de nascimento: _____	Peso de alta: _____	Desenvolveu alguma alergia? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Aleitamento materno exclusivo: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo da internação: _____		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Caderneta da criança preenchida com os dados de identificação do RN, informações completas sobre o pré-natal, parto, pós-parto, nascimento e sobre a internação hospitalar.		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
COMUNICAÇÃO EFETIVA		
Acompanhante orientado sobre a necessidade de seguimento no acompanhamento das condições de saúde do recém-nascido.		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
SEGURANÇA MEDICAMENTOSA		
Acompanhante orientado quanto à prescrição e armazenamento das medicações de uso domiciliar.		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acompanhante treinado para a administração das medicações de uso domiciliar.		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
PREVENÇÃO DE INFECÇÃO		
Acompanhante orientado quanto aos riscos de infecção no ambiente extra-hospitalar.		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
PREVENÇÃO DE QUEDA		
Acompanhante orientado quanto aos riscos de queda e a forma adequada de transporte do RN.		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
PREVENÇÃO DE LESÃO DE PELE		
Acompanhante orientado quanto aos cuidados com a pele e higienização corporal.		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora \_\_\_:\_\_\_h

Assinatura e COREN do enfermeiro

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora \_\_\_:\_\_\_h

Assinatura do responsável legal pelo recém-nascido

**APÊNDICE E - Checklist para a segurança do paciente no preparo para a alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – (verso)**

<b>ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO CHECKLIST PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NO PREPARO PARA A ALTA DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL</b>
<p>Deverá ser preenchido pelo enfermeiro responsável pela criança, tão logo se inicie a programação para a alta do recém-nascido da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (seja transferência para o Alojamento Conjunto; para outra instituição hospitalar ou alta para o domicílio) e termine antes de sua saída. As orientações deverão ser realizadas verbalmente pelo mesmo à mãe, pai ou responsável, o qual (quais) esteja (estejam) preferencialmente acompanhando a criança durante a internação e permanecerá (ão) cuidando dela após sua alta. Este (s) deverá (ão) explicar ao enfermeiro a mensagem que acabou de receber, a fim de que não ocorram falhas no entendimento e, conseqüentemente, erros que possam prejudicar o recém-nascido. Ficará próximo ao leito em local visível para acesso a todos os profissionais e familiares do paciente. Seguem abaixo na sequência do instrumento as instruções para cada item.</p>
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>
<p>Checar se a caderneta da criança está preenchida corretamente com os dados completos de identificação do RN, informações completas sobre o pré-natal, parto, nascimento e o sumário de alta com as informações relevantes da internação hospitalar, incluindo vacinas e exames de triagem neonatal, de acordo com a idade, peso e condição clínica do RN.</p>
<b>COMUNICAÇÃO EFETIVA</b>
<p>Checar se o acompanhante foi orientado quanto à importância de manter o seguimento de consultas do RN no Centro de Saúde da área de abrangência de seu domicílio e se houve o agendamento da primeira consulta, seja na Atenção Básica e/ou no ambulatório do serviço de referência da instituição.</p>
<b>SEGURANÇA MEDICAMENTOSA</b>
<p>Checar se o acompanhante foi orientado quanto à prescrição e armazenamento das medicações de uso domiciliar.</p>
<p>Checar se o acompanhante foi treinado para a administração das medicações de uso domiciliar.</p>
<b>PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>
<p>Checar se o acompanhante foi orientado quanto aos riscos de infecção no ambiente extra-hospitalar como higienizar as mãos antes de tocar o RN ou manipular os objetos e que ele possivelmente possa levar à boca, evitar exposição a condições atmosféricas extremas, à fumaça de cigarro e aos ácaros do pó da casa.</p>
<b>PREVENÇÃO DE QUEDA</b>
<p>Checar se o acompanhante foi orientado quanto aos riscos de queda e a forma adequada de transporte do RN.</p>
<b>PREVENÇÃO DE LESÃO DE PELE</b>
<p>Checar se o acompanhante foi orientado quanto aos cuidados com a pele e a higienização corporal, como a temperatura adequada para o banho de imersão e a prevenção do acúmulo de secreções na área de fraldas.</p>

## ANEXO A - Checklist for randomized controlled trials



### JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials

Reviewer \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Author \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Record Number \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	NA
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Was allocation to treatment groups concealed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were treatment groups similar at the baseline?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were participants blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were outcomes measured in a reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal:    Include     Exclude     Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---



---



---

## ANEXO B - Checklist for systematic reviews



### JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses

Reviewer \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Author \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Record Number \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the search strategy appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were the specific directives for new research appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---



---



---

## ANEXO C - Checklist for analytical cross sectional studies



### JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies

Reviewer \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Author \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Record Number \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---



---

## ANEXO D - Checklist for qualitative research



### JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Reviewer \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

	Author	Year	Record Number			
			Yes	No	Unclear	Not applicable
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal:    Include     Exclude     Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---

## ANEXO E - Parecer da Câmara Departamental do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais



ESCOLA DE  
ENFERMAGEM

### PARECER

**Projeto de pesquisa:** Elaboração e validação de checklist de cuidados de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal

**Interessada:** Profa. Bruna Figueiredo Manzo

**Relatora:** Profª Eunice Francisca Martins

### HISTÓRICO:

Recebi no dia 16 de maio de 2017, da Secretária do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da EEUFG, o Projeto de Pesquisa intitulado "Elaboração e validação de checklist de cuidados de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal", para análise e parecer.

### MÉRITO:

Trata-se de um projeto de pesquisa de cunho metodológico cujo objetivo geral é Validar um *checklist* de cuidados de enfermagem baseados em evidência científica e na segurança do paciente internado em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. O estudo considera a segurança do paciente como uma área prioritária e complexa no cuidado à saúde. Destaca a especificidade das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal como de alto potencial para eventos adversos. Dessa forma, as estratégias para a prestação de cuidados efetivamente seguros são uma prioridade nacional e internacional para se evitar danos. Apresenta o *checklist* como um instrumento que permite ao profissional verificar os itens da prestação do cuidado e garantir que todos os aspectos da ação sejam contemplados. Assim, torna-se necessário validar os instrumentos de *checklist*. O problema de pesquisa está bem delimitado e fundamentado. Apresenta revisão de literatura atual e pertinente. O estudo prevê a elaboração, validação e verificação da confiabilidade do instrumento para aplicação na prática clínica. O estudo será desenvolvido em UTN de uma maternidade pública referência para gestação de alto risco no estado de Minas Gerais. O estudo prevê três (3) etapas, a saber: a primeira refere-se à elaboração do instrumento por meio de uma revisão integrativa; a segunda será a validação de conteúdo por peritos no tema e a 3ª etapa refere-se à validação clínica do *checklist* realizada pelos enfermeiros da UTN durante o

cuidado aos neonatos internados. A análise dos dados envolve estatística descritiva e testes estatísticos. Para medir a correlação entre as respostas dos experts será utilizado o teste  $\alpha$  de Cronbach, a estatística Kappa será utilizada para avaliar a consistência interna do instrumento e sua concordância. Será usado o software Epi Info para elaboração do banco de dados e o Statistical for Social Science (SPSS) versão 21.0 para análise estatística.

Tirata-se de um projeto de pesquisa que envolve duas professoras do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da EEUFG e uma mestrande. O projeto está bem fundamentado teoricamente, com objetivos claramente definidos. Apresenta um cronograma de execução de dois anos e um orçamento de R\$13.320,00, sendo que as pesquisadoras irão encaminhar o projeto para agência de fomento. O projeto também será encaminhado para avaliação dos aspectos éticos.

Resalta-se que o estudo é relevante, pois tem potencial para avanços no cuidado de enfermagem ao propor e validar um instrumento para checar a qualidade e segurança da prestação dos cuidados aos recém-nascidos internados em UTN. Poderá ainda subsidiar as discussões sobre cuidado seguro e baseado nas melhores evidências científicas.

### CONCLUSÃO:

Diante de exposto, sou favorável à aprovação deste projeto de pesquisa, SMU da Câmara Departamental.

Belo Horizonte, 19 de maio de 2017

  
Profª Eunice Francisca Martins

Aprovado em reunião da Câmara  
Departamental do EEM, em 19/05/2017

  
Profª Lenise de Castro M. Villela  
Chefe do Depto. Enfermagem Materno-  
Infantil e Saúde Pública/EEUFG

## ANEXO F - Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CHECKLIST DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

**Pesquisador:** Bruna Figueiredo Manzo

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 69001317.0.0000.5149

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.172.832

#### Apresentação do Projeto:

Estudo do tipo metodológico, que será realizada na unidade de terapia intensiva neonatal de uma maternidade de referência do estado de Minas Gerais, com vistas a elaborar e validar quanto ao conteúdo, construto e clinicamente um checklist de cuidados de enfermagem.

A coleta de dados será realizada em três etapas que compreendem:

Etapa 1 – Construção do Instrumento: Inicialmente por meio de pesquisa integrativa com questão norteadora: Quais são os cuidados baseados em evidências científicas aos recém-nascidos admitidos e internados na unidade de terapia intensiva (UTIN). A seguir o checklist será estruturado compondo variáveis relacionadas aos cuidados: identificação do paciente, ambiência, termorregulação, cuidados com a pele, posicionamento, cuidados hemodinâmicos e respiratórios, cuidados com equipamentos médico-hospitalares, cuidados com nutrição enteral, nutrição parenteral total e acessos venosos.

Etapa 2 – Validação de conteúdo: será solicitado aos peritos avaliar a validade dos itens individualmente e em conjunto. Para isso recomenda-se o mínimo de cinco e máximo de dez

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2006  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** ceep@pq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.172.832

peritos participantes. A busca pelos profissionais ocorrerá por meio de currículo na Plataforma Lattes do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico). As palavras chaves da busca serão: Segurança do Paciente, Neonatologia. Os critérios de inclusão serão profissionais com domínio teórico e prática nas áreas de interesse, publicarem com frequência sobre o tema e em época recente. Os critérios de exclusão serão não manifestar interesse em participar da pesquisa e não responder correspondência on-line com a pesquisadora.

Para quantificar o grau de concordância entre os especialistas será utilizado o Índice de Validação de Conteúdo (IVC), que mede a proporção ou porcentagem de concordância dos especialistas em relação a aspectos do instrumento e de seus itens. Inicialmente é feita a análise de cada item individualmente e depois do instrumento como um todo. Para tanto, será empregado a escala tipo Likert com pontuação de um a quatro para avaliar a relevância/representatividade. Esta varia desde não relevante ou não representativa até relevante ou representativa. O IVC é calculado através da soma da concordância dos itens que obtiveram a pontuação três ou quatro na escala Likert, sendo que os itens com pontuação um ou dois devem ser revisados ou excluídos. Será incluída na planilha do Formulário de Especialista de acordo com a escala de Likert para julgamento de conteúdo e aplicabilidade, com variação de cinco pontos: (-2) "Discordo Totalmente", (-1) "Discordo", (0) "Indiferente", (+1) "Concordo" e (+2) "Concordo Totalmente". A concordância mínima será de 70% como resultado do ranking médio no julgamento. A confiabilidade dos resultados será avaliada por meio do teste de Cronbach, que mede a correlação entre as respostas, quando as opções são escalonadas (Discordo Totalmente, Discordo, Indiferente, Concordo e Concordo Totalmente), estabelecendo a seguinte atribuição de confiabilidade: > 0,90 - excelente; 0,81 a 0,90 - bom; 0,71 a 0,80 - aceitável; 0,61 a 0,70 - questionável; 0,51 a 0,60 - pobre e de 0,41 a 0,50 - inaceitável.

Etapa 3 – Validação clínica: será realizada pelos enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva durante os cuidados aos neonatos internados. Serão incluídos enfermeiros envolvidos na assistência aos neonatos com vínculo na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal cenário deste estudo, com atuação por mais de cinco anos e/ou que possuam formação específica em Neonatologia ou pediatria, especialização, mestrado ou doutorado. Serão excluídos aqueles profissionais da equipe de enfermagem que estiverem em gozo de férias, licença médica, licença gestação e licença prêmio durante o período da coleta de dados. Os neonatos serão incluídos no primeiro dia de internação. A seleção amostral será por conveniência. O instrumento será aplicado quatro vezes, sendo duas pelo mesmo avaliador de

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad SI 2006  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **Cep:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@ppq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.172.832

forma cega com intervalo de 2 horas entre cada avaliador. Desse modo, poderá ser avaliada a confiabilidade intraobservador que representa a estabilidade do check list na avaliação dos cuidados com neonato pelo mesmo avaliador, e a confiabilidade interobservador que representa a estabilidade do check list sobre avaliações realizadas por diferentes profissionais sobre os cuidados. A consistência interna do instrumento será verificada, assim como a concordância do instrumento por meio de estatística Kappa. A clareza do instrumento foi verificada por meio de estatística descritiva com resultados expressos em frequências absolutas e relativas do percentual de clareza, somando-se os conceitos (claro, muito claro e totalmente claro) de cada item avaliado.

Os dados serão digitados em duplicata no Microsoft Excel®, e validados no comando validade do programa Epi Info 6.04 para conferência dos dados. A análise dos dados será realizada no programa estatístico Statistical Program for Social Science (SPSS) versão 20.0 for Windows. Durante o processamento e análise dos dados, será utilizada a estatística descritiva, contendo frequência absoluta e relativa, testes paramétricos e não paramétricos, além de testes Qui quadrado e Exato de Fisher, adotando o nível de significância de  $p < 0,05$ .

Os pesquisadores assumem como hipótese que o uso de ferramentas como o check list de cuidados de enfermagem reduzirá a ocorrência de eventos adversos nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e possibilitará o aumento na segurança dos pacientes internados.

Como referencial teórico os pesquisadores afirmam que um instrumento como o checklist consiste numa relação de ações ou critérios ordenados sistematicamente, que permite ao profissional anotar a presença ou ausência de cada item descrito, de maneira a garantir que todos os aspectos daquela ação sejam contemplados. Enfatiza critérios essenciais que devem ser considerados em uma atividade específica. A efetividade do checklist no âmbito da prestação de assistência à saúde já foi demonstrada em áreas específicas e de alta complexidade como anestesiologia, trauma e terapia intensiva. Apesar dos benefícios comprovados, sua integração à prática clínica na área da saúde no Brasil ainda não se faz de forma tão rápida e ampla como em outros campos (WEISER; BERRY, 2013 e VATS; NAGPAL; MOORTHY, 2009). Os serviços de saúde, iniciaram a implementação do check list com a finalidade de redução das infecções associadas a cateteres centrais (CVC). Posteriormente estenderam para procedimentos cirúrgicos e também observaram resultados positivos no quesito segurança, pois auxiliam na redução das complicações e da mortalidade (WEISER; BERRY, 2013). Enquanto enfermeira da unidade neonatal observo com frequência a

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad. Sl 2006  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **Cep:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** ocep@ppq.ufmg.br

Página 03 de 12

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.172.832

realização de cuidados de enfermagem desprovidos de cientificidade e padronização, o que pode favorecer a quebra de segurança dos pacientes internados. A proposta de um checklist incluindo cuidados baseados em evidências científicas e itens de verificação de segurança para a prevenção de eventos adversos nos momentos da admissão e internação dos neonatos apresenta-se como estratégia para estabelecer barreiras de segurança e efetivar melhorias na assistência neonatal. Nesse sentido, ressalta-se que o reconhecimento da qualidade de um instrumento é aspecto fundamental para a sua legitimidade, o que reforça a importância do seu processo de validação. Tendo em vista os problemas concernentes com os eventos adversos nas áreas de internação neonatal, bem como lacunas quanto à instrumentos que serve como norte para cuidado de enfermagem baseado em evidência, surgiram as indagações: Quais são os elementos que devem compor um checklist de cuidados de enfermagem com vistas à segurança do paciente internado em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal? E qual a confiabilidade desse instrumento na prática clínica? O resultado desta análise poderá implicar em estratégias que gerem melhorias na assistência e reduza a ocorrência de eventos adversos.

#### Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos descritos pelos autores no projeto são os que se seguem.

#### Objetivo Primário

Validar um checklist de cuidados de enfermagem baseados em evidência científica e na segurança do paciente internado em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

#### Objetivo Secundário

- Elaborar checklist cuidados de enfermagem baseados em evidência científica e na segurança do paciente internado em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.
- Validar o conteúdo do instrumento de checklist.
- Verificar a confiabilidade do instrumento de checklist na prática clínica.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S/C 2005  
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@ppq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.172.832

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios descritos pelos pesquisadores no arquivo "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_931296.pdf" NÃO FORAM MODIFICADOS e são os que se seguem.

**Riscos**

Os convidados se recusarem a participar da pesquisa prejudicando as informações necessárias ao estudo. A hipótese não ser confirmada.

**Benefícios**

O resultado desta análise poderá implicar em estratégias que gerem melhorias na assistência e reduza a ocorrência de eventos adversos.

No entanto, no arquivo "Projeto\_Seguranca\_do\_Paciente\_Neonatal\_05\_07\_2017\_COEP.pdf" foram acrescidos riscos e benefícios, como transcrito abaixo:

**Benefícios:**

Os benefícios da validação do instrumento para os pacientes participantes da pesquisa correspondem às repercussões para o aumento da segurança da assistência à saúde, visando a co-responsabilização de todos pela qualidade assistencial, possível redução de eventos adversos relacionados a assistência, os quais apresentam alto impacto no prolongamento da internação, dos custos hospitalares e das complicações para o paciente como identificação, ambiência, termorregulação, cuidados com a pele, posicionamento, cuidados hemodinâmicos e respiratórios, cuidados com equipamentos médico-hospitalares, cuidados com nutrição enteral, nutrição parenteral total e acessos venosos. Tais benefícios poderão ser expandidos à população usuária das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal caso a validação do instrumento se consolide de fato ao término da pesquisa e o instrumento seja difundido pelas diversas instituições de saúde que atendem a esse perfil de usuários.

**Riscos:**

Os desconfortos e riscos são mínimos aos pacientes e estão relacionados à possibilidade de constrangimento não dos mesmos, e sim das puérperas. Caso sinta-se constrangida, ansiosa, desconfortável ou haja a quebra da confiança na equipe de pesquisa, pode a qualquer momento

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2006  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@ppq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.172.832

desistir de participar. A participação não lhe trará complicações legais e não haverá remuneração, ou seja, o caráter é voluntário. Para os especialistas que participarão da etapa de validação de conteúdo os riscos são mínimos e estão relacionados ao potencial constrangimento por exposição dos sujeitos e a quebra de sigilo das informações obtidas na pesquisa. Para minimizar estes riscos o preenchimento do instrumento poderá ser realizado em seu domicílio e devolvido via on-line, juntamente com o aceite no TCLE, além de não ser necessária a identificação do sujeito. Caso sinta-se constrangido, ansioso, desconfortável ou haja a quebra da confiança na equipe de pesquisa, pode a qualquer momento desistir de participar. A participação não lhe trará complicações legais e não haverá remuneração, ou seja, o caráter é voluntário. Quanto aos profissionais que participarão da etapa de validação clínica os riscos são mínimos e estão relacionados ao potencial constrangimento por exposição dos sujeitos e a quebra de sigilo das informações obtidas na pesquisa. Para minimizar estes riscos ressalta-se que o preenchimento do instrumento será realizado de maneira não identificada, preservando a identidade dos sujeitos. Caso sinta qualquer incômodo, poderá a qualquer momento desistir de participar. A participação também não lhe trará complicações legais e não haverá remuneração por sua participação, ou seja, o caráter é voluntário.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se projeto de pesquisa para fins de mestrado.

O projeto de pesquisa tem a aprovação do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública da EEUFM que o considera relevante, pois tem potencial para avanços no cuidado de enfermagem ao propor e validar um instrumento para checar a qualidade e segurança da prestação dos cuidados aos recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva.

A carta de anuência da Maternidade Odete Valadares onde o estudo será realizado foi apresentada.

Apresenta cronograma exequível para 24 meses e o orçamento de R\$13.320,00, sendo que as pesquisadoras irão encaminhar o projeto para agência de fomento.

Os pesquisadores responderam às recomendações e às pendências e lista de inadequações apresentadas pelo COEP/UFMG, a saber:

1) Os riscos e benefícios definidos no projeto de pesquisa foram revistos e acrescidos no projeto

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad S/N 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **Cep:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@ppq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.172.832

"Projeto\_Seguranca\_do\_Paciente\_Neonatal\_05\_07\_2017\_COEP.pdf". No entanto, os riscos e benefícios apresentados no projeto "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_931298.pdf" não foram revistos. Recomenda-se que os riscos e benefícios do projeto inserido na plataforma Brasil também sejam ajustados.

2) A faixa etária de inclusão de puérperas (mães dos recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal) na pesquisa foi definida como maiores de 18 anos, dispensando a inclusão do TALE.

3) O processo de consentimento livre e esclarecido para os participantes da pesquisa que serão convidados a participar da etapa de validação do conteúdo do instrumento (check list) foi explicitado e acrescido no projeto de pesquisa. O convite será feito on-line e o TCLE estará anexado à mensagem.

4) Em relação aos TCLE foram feitos os ajustes:

#### 4.1 TCLE puérperas

- a) A linguagem está acessível.
- b) Os procedimentos que serão realizados na pesquisa estão explicitados.
- c) Informado que os resultados da pesquisa serão utilizados em trabalhos científicos publicados ou apresentados oralmente e que os dados obtidos durante a pesquisa são confidenciais.
- d) O termo cópia foi substituído por via.
- f) O campo para rubrica do pesquisador e rubrica do participante foram incluídos. No entanto, ressaltamos que os mesmos só devem estar presentes na primeira página desse TCLE (que contém apenas duas páginas: rubrica na primeira página e assinatura na segunda página).
- g) As páginas do TCLE foram numeradas.
- h) A disponibilidade de horário do pesquisador foi informada.
- i) O endereço completo do COEP/UFMG, com horário de funcionamento foi acrescido.

Gentileza acrescentar o campo para assinatura do pesquisador (como solicitado no item "e" campo para assinatura do pesquisador). Acrescentar também o campo para assinatura do participante da pesquisa (que já estava presente na primeira versão do TCLE, mas agora na segunda versão foi equivocadamente retirado). Além disso, acrescentar a informação que as dúvidas ética podem ser

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad. Sl 2006  
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3409-4592 e-mail: coep@ppq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.172.832

avaliadas pelo Comitê de Ética (como solicitado no item "I"), uma vez que o Comitê só esclarece dúvidas éticas.

#### 4.2 TCLE profissionais

- a) A informação de que a participação é voluntária foi acrescida.
- b) Os procedimentos que serão realizados na pesquisa estão explicitados
- c) Informado que o participante tem a liberdade de recusa e de desistência em qualquer momento da pesquisa e que não haverá penalização ou prejuízo para o profissional.
- d) Informado que os resultados da pesquisa serão utilizados em trabalhos científicos publicados ou apresentados oralmente e que os dados obtidos durante a pesquisa são confidenciais.
- e) O termo cópia foi substituído por via.
- g) As páginas do TCLE foram numeradas.
- h) O campo para rubrica do pesquisador e rubrica do participante foram incluídos. No entanto, ressaltamos que os mesmos só devem estar presentes na primeira página desse TCLE (que contém apenas duas páginas: rubrica na primeira página e assinatura na segunda página).
- i) A disponibilidade de horário do pesquisador foi informada.
- j) O endereço completo do COEP/UFMG, com horário de funcionamento foi acrescido.

Gentileza acrescentar o campo para assinatura do pesquisador (como solicitado no item "f" campo para assinatura do pesquisador). Acrescentar também o campo para assinatura do participante da pesquisa (que já estava presente na primeira versão do TCLE, mas agora na segunda versão foi equivocadamente retirado). Além disso, acrescentar a informação que as dúvidas ética podem ser avaliadas pelo Comitê de Ética (como solicitado no item "j"), uma vez que o Comitê só esclarece dúvidas éticas.

5) Os pesquisadores acrescentaram um TCLE específico para os especialistas que participarão da validação de conteúdo. E as mesmas observações para os dois TCLE anteriores devem ser aplicadas também para esse TCLE em relação aos campos para rubrica, campos para assinatura e dúvidas éticas esclarecidas junto ao Comitê.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatoria:

Todos os documentos apresentados estão dentro das normas.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Adm SI 2006  
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@pq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.172.832

Na segunda versão foram acrescentados os seguintes documentos:

PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_931296.pdf

Carta\_resposta\_ao\_Comite\_de\_Etica\_em\_Pesquisa\_05\_07\_17.pdf

Termo\_de\_Consentimento\_Livre\_e\_Esclarecido\_para\_maes\_dos\_RN\_COEP\_05\_07\_17.pdf

Termo\_de\_Consentimento\_Livre\_e\_Esclarecido\_para\_profissionais\_COEP\_05\_07\_17.pdf

Termo\_de\_consentimento\_Especialistas\_COEP\_05\_07\_17.pdf

Projeto\_Seguranca\_do\_Paciente\_Neonatal\_05\_07\_2017\_COEP.pdf

Documentos apresentados na primeira versão:

PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_931296.pdf

Projeto\_COEP.pdf

TCLE\_para\_profissionais.pdf

TCLE\_para\_mae.pdf

Carta\_de\_anuencia\_15\_05\_17\_recorte.docx

Folhaderostoplataformabrasil.pdf

Parecer\_Camara\_Departamental\_UFMG.pdf

Previsao\_orcamentaria.docx

Cronograma\_de\_atividades.docx

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. Sl 2006  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **Cep:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@ppq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.172.832

**Recomendações:**

Recomenda-se a aprovação do projeto de pesquisa.

Gentileza acrescentar nos três modelos de TCLE, o campo para assinatura do pesquisador e também o campo para assinatura do participante da pesquisa (esse último já estava presente na primeira versão do TCLE, mas agora na segunda versão foi equivocadamente retirado). Além disso, acrescentar a informação que as dúvidas ética podem ser avaliadas pelo Comitê de Ética.

E, gentileza, retirar os campos para rubrica da segunda página do TCLE, pois os mesmos só devem estar presentes na primeira página desse TCLE (que contém apenas duas páginas: rubrica na primeira página e assinatura na segunda página).

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sou, S.M.J, favorável à aprovação do projeto.

O Comitê solicita que pequenos ajustes sejam feitos nos três modelos de TCLE conforme as recomendações já feitas e novamente aqui explicitadas:

Gentileza acrescentar nos três modelos de TCLE, o campo para assinatura do pesquisador e também o campo para assinatura do participante da pesquisa (esse último já estava presente na primeira versão do TCLE, mas agora na segunda versão foi equivocadamente retirado). Além disso, acrescentar a informação que as dúvidas ética podem ser avaliadas pelo Comitê de Ética.

E, gentileza, retirar os campos para rubrica da segunda página do TCLE, pois os mesmos só devem estar presentes na primeira página desse TCLE (que contém apenas duas páginas: rubrica na primeira página e assinatura na segunda página).

Esse Comitê confia que as mudanças serão realizadas pelos pesquisadores.

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S1 2006  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **Cep:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** ocep@ppq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer 2.172.832

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_931296.pdf	06/07/2017 17:40:05		Aceito
Outros	Carta_resposta_ao_Comite_de_Etica_e_m_Pesquisa_05_07_17.pdf	06/07/2017 17:37:45	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para maes dos RN_COEP_05_07_17.pdf	06/07/2017 17:36:13	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais_COEP_05_07_17.pdf	06/07/2017 17:35:49	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo de consentimento_Especialistas_COEP_05_07_17.pdf	06/07/2017 17:34:56	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Seguranca_do_Paciente_Neonatal_05_07_2017_COEP.pdf	06/07/2017 17:34:20	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia_15_05_17_recorde.docx	29/05/2017 22:11:13	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoplataformabrasil.pdf	29/05/2017 22:09:53	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Outros	Parecer_Camara_Departamental_UFMG.pdf	28/05/2017 22:32:53	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Orçamento	Previsao_orcamentaria.docx	29/05/2017 19:47:51	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Cronograma	Cronograma_de_atividades.docx	28/05/2017 19:45:01	Bruna Figueiredo Manzo	Aceito
Outros	690013170aprovacaoassinada.pdf	14/07/2017	Vivian Resende	Aceito

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2006  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **Cep:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@ppq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.172.832

Outros	690013170aprovacaoassinada.pdf	10:24:38	Vivian Resende	Aceito
Outros	690013170parecerassinado.pdf	14/07/2017 10:24:45	Vivian Resende	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 14 de Julho de 2017

---

**Assinado por:**  
**Vivian Resende**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S/N 2006  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@ppq.ufmg.br